

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU KONGO CENTRAL
MINISTERE DU PLAN & SRM
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
DIRECTION PROVINCIALE

Profil de la Province du Kongo Central



Photo de la femme de Loma à Mbanza Ngungu admirant son bébé

EDITION
DECEMBRE, 2015

Préface

La Constitution de la République Démocratique du Congo promulguée le 18 février 2006 consacre la décentralisation comme mode de gestion des affaires publiques avec comme toile de fond la libre administration des provinces et l'autonomie de gestion de leurs ressources économiques, humaines, financières et techniques. Elle répartit les compétences concurrentes et exclusives entre le pouvoir central et les provinces tout en accordant à ces dernières la compétence exclusive en matière de planification provinciale et locale.

L'élaboration des profils socio-économiques s'inscrit dans ce contexte où les provinces prennent de plus en plus des décisions pour l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base. Ces profils provinciaux constituent les documents présentant une analyse de la situation sur les conditions de vie de la population.

Ils sont donc utiles non seulement pour les Partenaires Techniques et Financiers, mais surtout pour les Autorités Politico-Administratives dont les parlementaires et ministres nationaux et provinciaux, les organisations de la société civile, les agences de développement, les Universités, les centres de recherche ainsi que d'autres partenaires de développement.

S.E Ministre Provincial en charge du Plan


Odette GEMA DILOYA

Avant - propos

Le présent Profil qui présente une analyse succincte des conditions de vie de la population du Kongo Central, se base essentiellement sur les récentes enquêtes menées en RDC (enquêtes 1-2-3 2005 et 2012, EDS 2007 et 2013-2014, MICS 2010) ainsi que divers rapports et documents disponibles (RESEN 2014).

Cette analyse menée par une équipe des experts provinciaux de l'INS et de différents secteurs du Programme de Coopération RDC-UNICEF avec un appui technique et financier de l'Unicef (le Bureau de Matadi et la section Politiques Sociales et Evaluation du niveau national à Kinshasa), fournit une vision globale et objective de la réalité de la province du Kongo Central en tenant compte des principaux indicateurs de pauvreté et des conditions de vie de la population.

Un groupe de travail technique multisectoriel constitué essentiellement des Points focaux chargés des statistiques dans les différents secteurs sociaux a été mis sur pied et était supervisé par un comité de pilotage.

Cette édition est conforme aux missions assignées à l'Institut National de la Statistique (INS) pour le compte du Gouvernement dans le cadre de la Révolution de la Modernité initiée par le Chef de l'Etat Joseph KABILA KABANGE.

Nous remercions l'UNICEF qui, à travers le Programme de Coopération RDC-UNICEF, a apporté un appui technique, financier et matériel pour la production de ce rapport.

Notre gratitude est adressée aux Autorités politico-administratives de notre Province particulièrement SE Monsieur le Gouverneur de Province, l'Assemblée provinciale ainsi que le Gouvernement provincial pour leur appui, encouragements et soutien matériel et moral.



A.R. BONDO – MUKISH

Directeur Provincial de l'INS / Kongo Central

Liste des tableaux et graphiques

a) Tableaux

- T.1 : Principales dépenses des ménages (enquête 1-2-3)
- T.2 : Quintiles de bien-être économique (enquête EDS 2013)
- T.3 : Niveau d’instruction de la population des ménages du Kongo Central
- T.4 : Pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant exercé des violences contre leurs maris/partenaires
- T.5 : Durée médiane de l’allaitement
- T.6 : Principaux indicateurs par secteur
- T.7 : Personnel ayant contribué à l’élaboration du Profil

b) Graphiques

- G.1 : Pyramide des âges de la population du Kongo Central
- G.2 : Incidence de la pauvreté monétaire
- G.3 : Indicateurs de mesure de l’emploi
- G.4 : Nombre d’élèves par manuel
- G.5 : Taux net de fréquentation des filles à l’école primaire
- G.6 : Indice de parité entre les sexes au primaire
- G.7 : Sources des revenus des femmes
- G.8 : Contrôle du revenu de la femme dans le ménage
- G.9 : Part de la femme dans la prise des au niveau du ménage
- G.10 : Type de violence que la femme continue à subir
- G.11 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans
- G.12 : Mortalité différentielle et groupe à haut risque
- G.13 : Causes de mortalité d’enfants de moins de 5 ans au niveau national
- G.14 : Mortalité néonatale
- G.15 : Assistance lors de l’accouchement
- G.16 : Lieu de l’accouchement
- G.17 : Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans
- G.18 : Disponibilité des moustiquaires dans les ménages
- G.19 : Utilisation des moustiquaires par les enfants
- G.20 : Traitement du paludisme
- G.21 : Proportion des enfants de moins de 5 ans du K. C présentant des symptômes de maladie
- G.22 : Vaccination des enfants de 12-23 mois
- G.23 : Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans
- G.24 : Evolution de l’insuffisance pondérale
- G.25 : Indice synthétique de fécondité
- G.26 : Intervalle inter-générationnel
- G.27 : Fécondité des adolescentes
- G.28 : Age médian à la première union des femmes de 25-49 ans
- G.29 : Utilisation des méthodes contraceptives
- G.30 : Prévalence du VIH pour les femmes et les hommes de 15-49 ans
- G.31 : Connaissances du Sida, des moyens de prévention et de transmission du VIH de la mère à l’enfant
- G.32 : Utilisation d’une source d’eau améliorée
- G.33 : Utilisation des toilettes améliorées
- G.34 : Enregistrement des enfants de moins de 5 ans à l’Etat civil
- G.35 : Proportion d’enfants par tranche d’âge ayant participé à un travail la semaine ayant précédé l’enquête.

Acronymes

BCC	: Banque Centrale du Congo	PIB	: Produit Intérieur Brut
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin (Vaccin contre la tuberculose)	RDC	: République Démocratique du Congo
CADECO	: Caisse d’Epargne du Congo	REM	: Ratio Elèves/Maitre
CPN	: Consultation Prénatale	RESEN	: Rapport d’Etat du Système Educatif
CPON	: Consultation Post-natale	SCTP	: Société Commerciale des Transports et des Ports
CTA	: Combinaison Thérapeutique à Base d’Artémisinine	SIGE	: Système d’Information et de Gestion de l’Education
DGDA	: Direction Générale des Douanes et Accises	SONAS	: Société Nationale d’Assurances
DGRAD	: Direction Générale des Recettes Administratives, Domaniales et de Participation	PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
DGI	: Direction Générale des Impôts	PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l’Enfant
EDS	: Enquête Démographique et de Santé	RDC	: République Démocratique du Congo
FPI	: Fonds de Promotion de l’Industrie	RTNC	: Radio Télévision Nationale Congolaise
INPP	: Institut National de Préparation Professionnelle	RVA	: Régie des Voies Aériennes
INS	: Institut National de la Statistique	TDR	: Test de Diagnostic Rapide
INSS	: Institut National de Sécurité Sociale	TENAFEP	: Test National de fin d’Etudes Primaires
IRA	: Infection Respiratoire Aiguë	UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
ITPR	: Infrastructures, Travaux Publics et Reconstruction	VAA	: Vaccin Anti Amaril
KC	: Kongo Central	VAR	: Vaccin Anti Rougeoleux
LMC	: Lignes Maritimes Congolaises	VAT2+	: Vaccin Anti Tétanique 2ème dose et plus
MICS	: Enquête par grappes à indicateurs multiples (Multiple Indicator Cluster Survey)	VPO3	: Vaccin Anti Poliomyélite 3 ^{ème} dose
MII	: Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide	S.E	: Son Excellence
MVA	: Méga Volt Ampère		
na	: non applicable		
NN	: Nouveau-né		
OBMA	: Office des Biens Mal acquis		
OCC	: Office Congolais de Contrôle		
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement		
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé		
OR	: Office des Routes		
OVD	: Office des Voiries et Drainage		

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	V
ACRONYMES.....	VI
INTRODUCTION	X
BREF APERÇU SUR LA PROVINCE DU KONGO CENTRAL.....	1
Situation géographique et organisation administrative.....	1
Caractéristiques démographiques	2
Contexte économique	3
CHAPITRE 1. PAUVRETE ET EMPLOI.....	4
1.1. Pauvreté	4
1.1.1. Qui sont les pauvres au Kongo Central et combien sont-ils ?	4
1.1.2. Pourquoi ces familles sont-elles en situation de pauvreté?.....	5
1.1.3. Quels sont les secteurs sociaux pour lesquels les ménages allouent leurs revenus ?	5
1.1.4. Quintiles de bien-être économique	6
1.2. Emploi.....	6
CHAPITRE 2. ACCÈS À UNE ÉDUCATION DE BASE	7
2.1. Niveau atteint par la province par rapport avec l'OMD 2	7
2.2. Revue des facteurs qui favorisent la réalisation de l'objectif d'éducation pour tous.....	7
2.2.1. Le dimensionnement de l'offre scolaire par rapport aux besoins.....	7
2.2.2. Les conditions d'apprentissage : Equipement et infrastructures scolaires	7
2.2.3. La gestion des ressources éducatives (humaines et matérielles)	7
2.2.4. Niveau d'instruction des parents	9
CHAPITRE 3. GENRE	10
3.1. Les femmes ont-elles accès de plus en plus à l'éducation ?	10
3.2. Les femmes arrivent-elles à générer des revenus stables ?	11
3.3. Qui contrôle les revenus de la femme dans le ménage ?.....	12
3.4. Quelles sont les décisions que la femme prend au sein du ménage ?.....	12
3.5. Quel type de violence la femme continue à subir ?	13

3.6.	Quel type de violence la femme fait subir à son conjoint ?	13
CHAPITRE 4. SANTE DE L'ENFANT		14
4.1.	Quel est le niveau de mortalité des enfants de moins de 5 ans ?	14
4.2.	Mortalité différentielle et groupes à haut risque	14
4.3.	Quels sont les principales maladies causes de cette mortalité infanto-juvénile ?.....	15
4.4.	Vaccination des enfants	15
4.5.	Nutrition	16
4.5.1.	Evolution de l'insuffisance pondérale.....	16
4.5.2.	Allaitement et alimentation de complément	17
4.6.	Quelle est la prévalence des principales causes de mortalité et les interventions liées ?	17
4.6.1.	La mortalité néonatale (Cause 28.5 % de la mortalité infanto-juvénile)	18
4.6.2.	Paludisme (Cause 17.5 % de la mortalité infanto-juvénile)	18
4.6.3.	Maladies des enfants (IRA, Fièvre, Diarrhée – Cause de plus 17.5 % de la mortalité infanto-juvénile).	20
CHAPITRE 5. SANTE DE LA MERE		21
5.1.	Quelle est le niveau de mortalité maternelle en RDC ?	21
5.2.	Soins prénatals, accouchement, soins postnatals.....	22
5.3.	Quelles sont les causes de ces décès liés à la grossesse ?	23
5.4.	Quelles est le besoin en matière de planification familiale et les moyens en place ?	24
Chapitre 6. VIH - SIDA		25
6.1.	Combien de personnes sont-elles infectées par le VIH au Kongo Central ?	25
6.2.	La population du Kongo Central connaît-elle le VIH/SIDA et les attitudes / comportements pour prévenir les risques d'exposition ?	25
CHAPITRE 7. EAU, HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT		26
7.1.	Quel est la proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée ?.....	26
7.2.	Quel est la proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées ?.....	27
CHAPITRE 8. SITUATION DES ENFANTS.....		27
8.1.	Enregistrement des naissances d'enfants de moins de 5 ans à l'Etat civil	27
8.2.	Combien sont les enfants qui participent à des travaux économiques et domestiques ?.....	28
CONCLUSION.....		29

INDICATEURS DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT-
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO 2013-2014

Indicateur	KONGO CENTRAL		RDC	
	Ensemble (KC)	Ensemble (RDC)	Sexe	
			Masculin	Féminin
1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim				
1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans	27,3 %	22,6 %	24,7 %	20,4 %
2. Assurer l'éducation primaire pour tous				
2.1 Taux net de fréquentation scolaire au niveau primaire ¹	83,9 %	82,0 %	83,4 %	80,6 %
2.3 Taux d'alphabétisation dans la population de 15-24 ans ²	-	82,4 %	91,2 %	73,6 %
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes				
3.1a Ratio filles/garçons dans l'enseignement primaire ³	1,0	1,0	N/A	N/A
3.1b Ratio filles/garçons dans l'enseignement secondaire ³	0,73	0,7	N/A	N/A
3.1c Ratio filles/garçons dans l'enseignement supérieur	-	0,5	N/A	N/A
4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans				
4.1 Taux de mortalité infanto-juvénile ⁴	124 ‰	104 ‰	115	108
4.2 Taux de mortalité infantile ⁴	81 ‰	58 ‰	67	63
4.3 Pourcentage d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole	84,6 %	71,6 %	72,1	71,1
5. Améliorer la santé maternelle				
5.1 Rapport de mortalité maternelle ⁵	N/A	N/A	N/A	846
5.2 Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un Prestataire de santé formé ⁶	94,9 %	80,1%	N/A	N/A
5.3 Taux de prévalence contraceptive ⁷	37,8 %	na	N/A	20,4%
5.4 Taux de fécondité des adolescentes ⁸	-	na	N/A	138,1 ‰
5.5 Couverture en soins prénatals par du personnel formé				
5.5a Au moins une visite prénatale	95,1 %	N/A	N/A	88,4%
5.5b Quatre visites prénatales ou plus	-	N/A	N/A	48,0%
5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale (femmes en union)	27,8 %	N/A	N/A	27,7%
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies				
6.1 Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans	-	0,7%	0,4%	1,0%
6.2 Utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à risques ⁹ Jeunes de 15-24 ans	-	27,4%	30 ,7%	24,1
6.3 Proportion de la population de 15-24 ans ayant une connaissance « approfondie » du VIH/sida ¹	-	21,8%	24,9%	18,6%
6.4 Ratio de la fréquentation scolaire des orphelins sur la fréquentation scolaire des non orphelins âgés de 10-14 ans	-	0,80	0,83	0,77
6.7 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire Imprégnée d'insecticide (MII)	67,6 %	55,8%	55,6%	55,9%
6.8 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la fièvre a été traitée de manière appropriée avec des antipaludiques ¹¹	35,5 %	29,2%	29,4%	29,0%

	Ensemble (KC)	Ensemble (RDC)	Urbain	Rural
7. Assurer un environnement durable				
7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau améliorée ¹²	61,3%*	50,4%	84,6%	32,6%
7.9 Proportion de la population utilisant des installations sanitaires améliorées ¹³	12,0%*	20,5%	24,3%	18,5%

Na = Non applicable

* Pour le Kongo central, il s'agit ici de la proportion des ménages.

¹ Le taux est basé sur la fréquentation déclarée, non l'inscription, au niveau primaire parmi les enfants d'âge de fréquentation du niveau primaire (6-11 ans). Le taux comprend aussi les enfants d'âge officiel de fréquentation du niveau primaire qui fréquentent le niveau secondaire. Il s'agit d'une mesure indirecte de l'indicateur 2.1 des OMD : Taux net total de scolarisation dans le primaire.

² Correspond aux enquêtés qui ont fréquenté l'école secondaire ou le supérieur, ou qui peuvent lire une phrase ou une partie de phrase.

³ Basé sur la fréquentation nette déclarée, non l'inscription, parmi les enfants de 6-11 ans pour le primaire, 12-18 ans pour le secondaire.

⁴ Exprimé en termes de décès pour 1.000 naissances vivantes. La mortalité par sexe fait référence à la période de 10 ans précédant l'enquête. La mortalité pour les deux sexes ensemble fait référence à la période de 5 ans précédant l'enquête.

⁵ Exprimé en termes de décès maternels pour 100.000 naissances au cours des 7 ans ayant précédé l'enquête.

⁶ Parmi les naissances des 5 années ayant eu lieu au cours des 5 années ayant précédé l'enquête.

⁷ Pourcentage de femmes actuellement en union qui utilisent une méthode contraceptive quelconque.

⁸ Equivaut au taux de fécondité par âge pour les femmes de 15-19 ans pour la période de 3 ans précédant l'enquête, exprimé en termes de naissances pour 1.000 femmes de 15-19 ans.

⁹ Des rapports sexuels à hauts risques sont des rapports sexuels avec un partenaire extra conjugal et non cohabitant. Exprimé en pourcentage de femmes et d'hommes de 15-24 ans qui ont eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois.

¹⁰ Sont considérées comme ayant une connaissance « approfondie », les personnes qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours de chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, celles qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et celles qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida.

¹¹ Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview et qui ont reçu n'importe quel médicament antipaludique.

¹² Pourcentage de la population de droit dont la source principale d'eau de boisson est un robinet dans le logement/cours/parcelle, un robinet public/borne fontaine, un robinet chez le voisin, un puits à pompe/forage, un puits creusé. Protégé, la collecte d'eau de pluie, ou l'eau en bouteille.

¹³ Pourcentage de la population de droit dont le ménage a une chasse d'eau/chasse manuelle, fosse d'aisances améliorée auto-aérée, ou une fosse d'aisances avec dalle et qui ne partage pas cette installation avec d'autres ménages.

a Limité aux hommes dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des hommes.

b Le total est calculé comme une simple moyenne arithmétique des pourcentages des colonnes des hommes et des femmes.

*Pour le Kongo Central c'est la proportion des ménages qui est fournis comme un proxy.

Introduction

Le présent profil est un document analytique qui présente la situation relative aux conditions de vie de la population dans un contexte où le Kongo Central comme les autres Provinces de la RDC prend de plus en plus des décisions pour l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base.

Cette analyse qui s'inscrit dans le cadre du Programme de Coopération entre le Gouvernement de la RDC et l'UNICEF vise à mettre à la disposition des décideurs un document qui montre le niveau des progrès réalisés par la Province en termes de développement humain et spécifiquement en faveur des enfants et des femmes du Kongo Central. En plus, l'analyse met en évidence les domaines et les aspects sociaux dans lesquels persistent des défis et sur lesquels la priorisation devrait se baser en vue de réduire les disparités et les inégalités entre les catégories des populations afin d'améliorer le bien-être des plus vulnérables. Elle est un outil de référence pour les Autorités Provinciales (Gouvernement et Assemblée), les Organisations de la société civile, les Agences de Développement, les Universités, des Centres de recherche ainsi que d'autres Partenaires de Développement.

Ce profil est un support solide pouvant guider et influencer les politiques et programmes relatifs à l'accès aux services sociaux de base en particulier par la femme et aux droits des enfants dans la Province du Kongo central.

Le contenu de ce profil se fonde sur une revue documentaire et sur l'exploitation des données de grandes enquêtes conduites en RDC notamment l'Enquête sur l'Emploi et les Revenus des ménages (Enquêtes 1-2-3 de 2005 et de 2012), l'Enquête à Indicateurs Multiples (MICS 2010) et l'Enquête Démographique et de la Santé (EDS de 2007 et de 2013-2014) ainsi que les résultats des études tel que le Rapport d'Etat du Système Educatif (RESEN 2014).

L'analyse fait une comparaison dans le temps au sein de la Province et une comparaison dans l'espace avec le niveau national et quelques autres Provinces. De façon plus spécifique, il s'agira de fournir des détails sur les huit domaines clés ci-après : Pauvreté et Emploi ; Education ; Genre ; Santé de l'enfant ; Santé de la mère ; VIH ; Eau, Hygiène et Assainissement ; Protection et situation des enfants en vue de susciter des discussions sur les Politiques et leur mise en œuvre pour arriver à prioriser les secteurs sociaux dans les allocations et exécutions budgétaires afin de réduire le niveau de pauvreté des enfants et des femmes dans la Province du Kongo Central.

Bref aperçu sur la province du Kongo Central

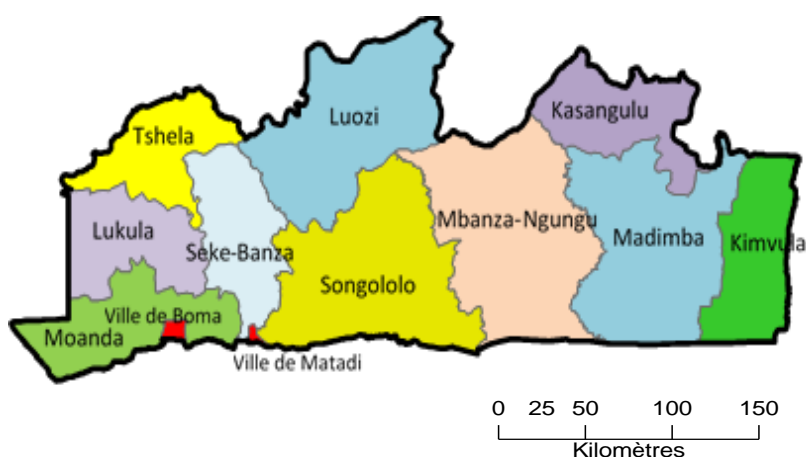
Situation géographique et organisation administrative.

La Province de la RDC ayant accès à l'océan Atlantique, le Kongo Central¹ s'étend entre le 4^{ème} et le 6^{ème} degré de latitude Sud ainsi que le 12^{ème} et le 16^{ème} degré de longitude Est. Elle couvre une superficie totale de 53.920 km², soit 2,3% de la superficie du Pays, avec une densité de 10 habitants/Km².

Le Kongo Central est borné au Nord par la République du Congo, au Sud par la République d'Angola, à l'Est par la Ville province de Kinshasa et la Province de Kwango et enfin à l'Ouest par l'Océan Atlantique et l'Enclave de Cabinda.

Le relief le plus étendu de la province est le plateau. De la côte aux rives du Pool Malebo, sur les bords desquels se développe Kinshasa, s'étagent plusieurs niveaux de plateaux et de dépressions dont l'altitude s'élève progressivement de 100 à 700 m.

Carte n° 1 : Situation administrative (territoires et villes) de la province du Kongo Central



Au centre, cet ensemble est pris en écharpe par un système de crêtes orientées Sud-Est/Nord-Ouest dont les éléments les plus vigoureux sont la crête de Mbanza-Ngungu, les Monts Kinzau (Matadi) et les Monts Khodo-Maza (Mbata Siala/ Mayumbe).

Le Fleuve Congo traverse ce relief, suivant un cours sinueux de direction générale Nord-Est/Sud-Ouest, par une série de chutes et de rapides qui empêchent toute navigation mais représentent un potentiel énergétique dont on a déjà entrepris la mise en valeur à Inga. Au-delà de Matadi, s'ouvre son estuaire, navigable sur une centaine de kilomètres par bateaux de haute-mer.

Le Kongo Central est dominé par un climat tropical à deux saisons très contrastées : de mi-octobre à mi-mai (soit 8 mois), la saison des pluies avec un total de précipitations variant de 1.000 à 2.000 mm, et de mi-mai à mi-octobre, la saison sèche caractérisée par les précipitations presque nulles et la nébulosité constante. Les températures sont légèrement élevées (24 à 26° en moyenne).

Les formations végétales naturelles sont très variées mais la savane domine en extension, sauf dans le Mayumbe où des étendues forestières n'ont pas encore été totalement défrichées. Les sols sont, globalement pauvres et nécessitent des apports correctifs physiques et chimiques. Leur sensibilité à l'érosion devient très forte dès qu'ils sont surexploités.

¹ Dans ce rapport, 'Kongo Central' étant une nouvelle appellation de la province du Bas-Congo. L'ancienne dénomination sera utilisée pour des raisons de comparabilité avec les 10 autres provinces de la RDC.

La Province du Kongo Central se subdivise administrativement en entités urbaines et rurales. Les entités urbaines comprennent 2 Villes (Matadi et Boma), 6 Communes dont 3 pour la Ville de Matadi et 3 pour la Ville de Boma, ainsi que 34 quartiers.

Les entités rurales sont regroupées en 10 Territoires (Lukula, Tshela, Seke-Banza, Mbanza-Ngungu, Luozi, Songololo, Kasangulu, Madimba, Kimvula et Muanda). Ces territoires sont subdivisés en 55 Secteurs, 364 Groupements et 6.514 Villages.

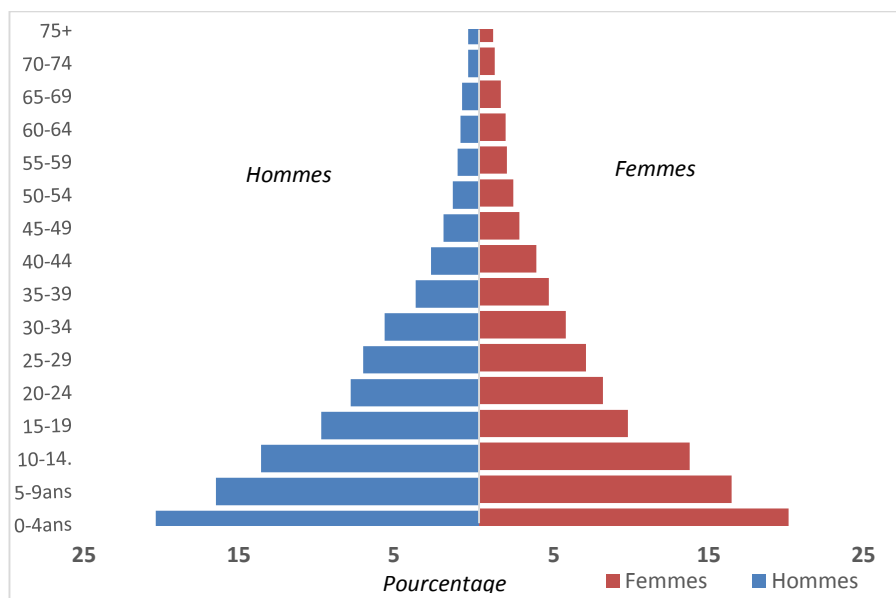
L'organisation de l'Administration Provinciale au sens large est assise sur les composantes suivantes : (i) les Divisions Provinciales et les services techniques spécialisés repartis en services déconcentrés (Plan, Budget, affaires sociales, Genre famille et enfant,...) et décentralisés (l'Agriculture et développement rural, la santé, l'éducation et les ITPR); (ii) les entreprises publiques (BCC, CADECO, SONAS, INSS, SCTP, RVA, OVD, OR, OCC, RTNC, FPI, INS, INPP, LMC, OBMA, DGDA, DGRAD, DGI...); (iii) les Juridictions civiles (1 Cour d'Appel, 5 tribunaux de Grande Instance, 12 Tribunaux de Paix, 1 Tribunal pour enfant, 1 tribunal de commerce, 1 Parquet Général près la Cour d'Appel, 5 Parquets près les Tribunaux de Grande Instance et quelques Parquets secondaires) ainsi que les Juridictions Militaires (1 Cour Militaire, 3 Tribunaux de Garnison, 1 Auditorat Militaire et 3 Auditorats de Garnison).

L'organisation politique de la province comporte deux institutions, à savoir : (i) l'Assemblée Provinciale qui compte 29 Députés Provinciaux élus au suffrage universel direct et est dirigée par un bureau de 5 membres dont une femme et (ii) le Gouvernement Provincial composé de dix Ministres Provinciaux nommés par un Arrêté du Gouverneur de Province.

Caractéristiques démographiques

La population du Kongo Central est estimée à 5.575.000 habitants en 2015 dont 2.508.750 Hommes (45%) et 3.066.250 Femmes (55%) selon les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) en 2015. Cette population est relativement jeune (53%).

Graphique 1 : Pyramide des âges de la population du Kongo Central



Source de données : INS, Annuaire statistique RDC 2014

Sur le plan social, la situation des ménages se présente comme suit : 44,9% de mariés, 16% en union libre, 4,8% de divorcés, 9 % de veufs/veuves et 25,3% de célibataires selon le rapport de l'Enquête 1-2-3, 2012 de l'INS/RDC.

Contexte économique

La Province du Kongo Central se caractérise par sa dotation particulière en infrastructures de transport, un tissu industriel diversifié, d'énormes potentialités de développement agricole, une richesse énergétique incommensurable estimée à 46.913,493 Méga Volt Ampère (MVA) dont 2.176 MVA installés et 478 MVA seulement opérationnels, produites par le barrage d'Inga et deux autres de moindre importance à savoir Zongo et Nsanga; des réserves pétrolières probables de l'ordre de 3 milliards de baril selon le rapport annuel de la Division provinciale de l'énergie

Dans la composition sectorielle des activités économiques de la province, on note une forte dominance des activités du secteur primaire qui contribue à 78% au PIB dont 55% pour la production agricole (végétale, aquacole, animale et forestière) et 23% pour les industries extractives (mines et hydrocarbures) ; le secteur des services contribue quant à lui à 12% au PIB et le secteur secondaire à 10%.

Le Kongo Central est une province à grandes potentialités agricoles. Les conditions éco-climatiques favorisent la culture d'une gamme variée de produits de type tropical.

Le secteur traditionnel demeure le principal pourvoyeur des produits vivriers. Les spéculations principales sont le manioc, l'arachide, le haricot, le maïs, la banane et le riz.

L'agriculture y est extensive sur de petites exploitations et se caractérise par la prépondérance des activités manuelles, l'utilisation très limitée de la fumure organique et minérale, le recours à la jachère.

Le tissu industriel du Kongo Central, assez diversifié, est constitué : (i) des unités alimentaires (Minoteries, brasseries et limonaderies, boulangeries-pâtisseries) ; (ii) des unités agro-industrielles (sucrierie, huileries) ; (iii) des unités de production de matériaux de construction (cimenteries et carrières mécanisées) ; (iv) des unités manufacturières (sacherie, imprimeries) ; (v) des unités pétrolières (raffinerie de produits pétroliers) ; (vi) des unités pharmaceutiques ; (vii) des unités énergétiques (barrages hydroélectriques et unités de captage de traitement et de distribution d'eau).

La province du Kongo Central est pourvue de quelques attractions touristiques notamment : les grottes de Mbanza-Ngungu, le jardin botanique du Frère Gillet à Kisantu, les plages de Moanda et Banana, le pont dit « Pont Marechal » suspendu sur le fleuve Congo à la sortie de la ville sur l'axe Matadi - Boma, le barrage hydroélectrique d'Inga, le site Belvédère de Matadi, le Baobab historique de Stanley et les chutes de Zongo.

Chapitre 1. PAUVRETE ET EMPLOI

1.1. Pauvreté

OMD 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim

1.1.1. Qui sont les pauvres au Kongo Central et combien sont-ils ?

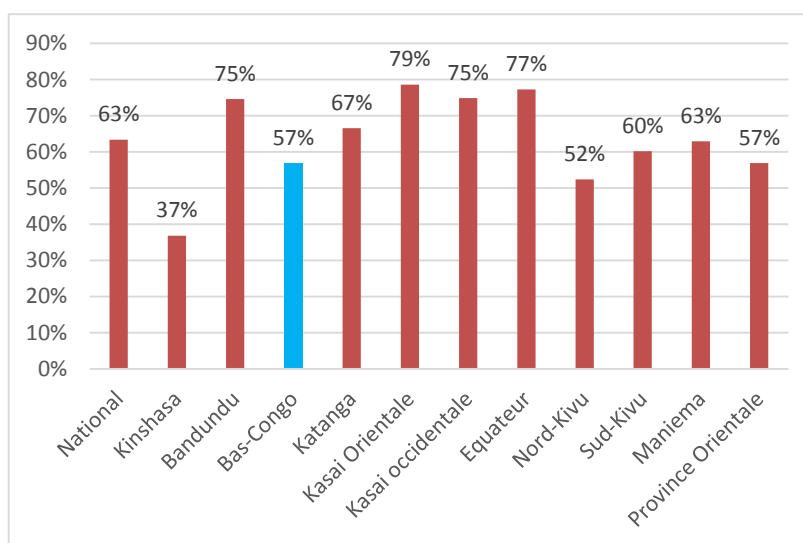
Définition :

La pauvreté étant un phénomène multidimensionnel, elle va être analysée dans les lignes suivantes sous les trois dimensions ci-après : monétaire, non monétaire ou en conditions de vie et subjective.

Le seuil de pauvreté monétaire couvre les besoins essentiels d'un individu aussi bien en alimentaires qu'en d'autres biens et services. Le seuil de pauvreté alimentaire est évalué à partir de la consommation calorique, en d'autres termes, ce seuil correspond à la dépense devant être réalisée pour satisfaire un besoin journalier de 2.300 calories par adulte.

Par contre, le seuil de pauvreté non alimentaire correspond au minimum que doit avoir un adulte pour couvrir d'autres besoins essentiels non alimentaires et équivaut au renoncement à la consommation alimentaire additionnelle.

Graphique 2 : Incidence de la pauvreté monétaire



Source : Enquête 1-2-3

L'incidence de la pauvreté dans la Province du Kongo central y est de 57%. La population du Kongo central étant estimée à 5,35 millions d'habitants, cette population pauvre s'élèverait à 3 millions de personnes. Il est observé au niveau provincial, une amélioration de l'incidence de la pauvreté en 2012 par rapport à 2005. Elle est passée de 70,1% en 2005 à 57% en 2012, soit une baisse de 13,1%.

Néanmoins, ce chiffre cache une disparité notamment au sein des groupes socioéconomiques et du secteur institutionnel des ménages.

1.1.2. Pourquoi ces familles sont-elles en situation de pauvreté?

Dans l'ensemble de la province du Kongo Central, la situation montre que la pauvreté touche différemment les ménages selon qu'ils sont dirigés par un homme ou par une femme. On compte plus des ménages pauvres parmi ceux dirigés par les hommes (48,2%) que par les femmes (38,1%). Cette tendance se confirme aussi bien au niveau individuel. En effet, la pauvreté frappe plus les hommes (58%) que les femmes (51,8%).

Le niveau d'instruction du chef de ménage est un des facteurs déterminants de la pauvreté. Ainsi, selon le rapport de l'enquête 1-2-3, 2012, plus le niveau d'instruction du chef de ménage est élevé, plus le ménage a de chance d'échapper à la pauvreté dans le cas où le chef de ménage ou son conjoint a un emploi rémunérateur. Dans les autres cas tels que les ménages des fonctionnaires ou des chômeurs, le niveau d'instruction élevé constitue aussi un frein au développement dans la mesure où il handicape la personne à se verser dans les activités informelles qui occupent aujourd'hui une part non négligeable dans l'économie de la province. Il n'est cependant pas rare de constater que des personnes avec un bas niveau d'instruction puissent avoir un niveau de vie élevé. Ceci s'expliquerait souvent par l'absence de gêne d'exercer les activités du secteur informel dont certaines sont très rémunératrices.

La taille moyenne des ménages est un facteur déterminant des conditions de vie des ménages. Plus la taille du ménage est petite, moins celui-ci est exposé à la pauvreté et vice versa. Dans la province du Kongo Central, la taille moyenne des ménages est de 6,0.

1.1.3. Quels sont les secteurs sociaux pour lesquels les ménages allouent leurs revenus ?

Tableau 1 : Principales dépenses des ménages

Type de dépenses	Montant	Part dans les dépenses des ménages
Alimentation	1.073.113 FC	69,2%
Boisson	29.035 FC	1,9%
Habillement	25.622 FC	1,7%
Logement	206.437 FC	13,3%
Ameublement	39.894 FC	2,6%
Santé	32.875 FC	2,1%
Transport	41.095 FC	2,6%
Communication	23.545 FC	1,5%
Loisir	9.813 FC	0,6%
Education	24.987 FC	1,6%
Restaurant et Hôtel	15.203 FC	1%
Biens et Services	30.184 FC	1,9%

Source: 1-2-3, 2012

Sur base des résultats de l'enquête 1-2-3, 2012, dans la province du Kongo Central, la consommation annuelle moyenne par ménage, estimée à 1.552.002 FC, est ventilée comme le montrent les données du tableau ci-contre.

Les données ci-contre montrent que les dépenses des ménages se concentrent principalement sur l'alimentation ; cette situation offre peu de possibilités aux ménages du Kongo Central, d'investir dans le capital humain (Education, Santé et Protection) et par conséquent de sortir leurs

enfants du cercle vicieux de la pauvreté.

1.1.4. Quintiles de bien-être économique

Tableau 2 : Quintiles de bien-être économique

Province	Plus pauvres	Pauvres	Moyens	Riches	Plus riches
Kinshasa			0,0%	1,3%	44,2%
Bandundu	17,9%	26,5%	19,6%	13,2%	2,2%
Bas-Congo	1,2%	2,9%	5,6%	7,1%	5,1%
Equateur	26,3%	16,6%	14,5%	8,9%	2,1%
Kasai-Occidental	10,4%	7,4%	6,1%	7,0%	2,5%
Kasai-Oriental	10,7%	10,0%	10,1%	12,7%	8,1%
Katanga	8,3%	8,3%	9,2%	9,1%	17,0%
Maniema	3,5%	3,6%	5,6%	3,5%	0,7%
Nord-Kivu	5,7%	7,3%	8,3%	11,5%	9,7%
Orientale	13,0%	12,1%	11,3%	9,3%	4,6%
Sud-Kivu	3,0%	5,1%	9,8%	16,4%	3,8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

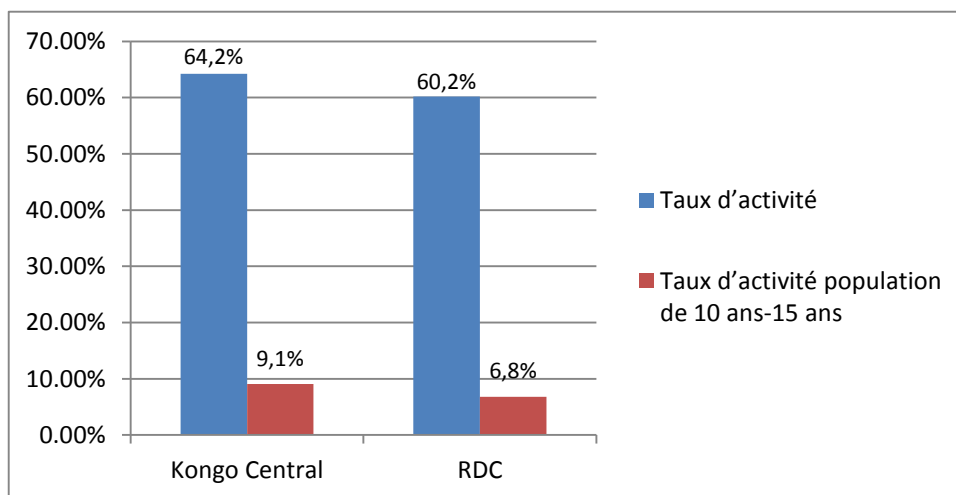
Source : EDS, 2013-2014

Au regard des données du tableau ci-dessus, le Kongo Central figure parmi les provinces les plus prospères avec 9,7% des pauvres et 12,2% des riches de la RDC.

1.2. Emploi

Le **taux d'activité** désigne ainsi le rapport entre la population active et la population potentiellement active, c'est-à-dire en âge de travailler.

Graphique 3 : Indicateurs de mesure de l'emploi



Source : Enquête 1-2-3, 2012

Les données ci-dessus, montrent que le taux d'activité dans la province du Kongo Central (KC) est plus élevé (64,2%) que la moyenne nationale (60,2%). Par contre le taux d'activité des enfants de 10 à 15 ans est inquiétant car il est de 9,1% au Kongo Central contre 6,8% au niveau national.

Chapitre 2. ACCÈS À UNE ÉDUCATION DE BASE

OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

Ce deuxième objectif du millénaire vise à ce que tous les enfants, sans distinction de genre, de milieu, de race, de groupe ethnique, etc. puissent bénéficier d'ici 2015 d'un cycle complet d'études primaires. Cette question de l'éducation ne peut être occultée dès lors qu'on aborde les questions de la réduction de la pauvreté et des inégalités.

2.1. Niveau atteint par la province par rapport avec l'OMD 2

Au regard des indicateurs clé de l'éducation, à savoir le taux d'achèvement du primaire (74,0% en 2013-2014), le taux de réussite au TENAFEP (70% en 2010) et l'indice de parité sur la réussite au TENAFEP (1,07 en 2012), le Kongo Central se classe parmi les meilleures provinces.

2.2. Revue des facteurs qui favorisent la réalisation de l'objectif d'éducation pour tous

2.2.1. Le dimensionnement de l'offre scolaire par rapport aux besoins

Dans la Province du Kongo central, l'offre scolaire reste contrôlée en grande partie par les confessions religieuses avec près de 78 % des enfants au primaire, scolarisés dans les écoles dites conventionnées, 15% dans les écoles de l'Etat et 7% dans les privées selon le SIGE 2011/12.

2.2.2. Les conditions d'apprentissage : Equipement et infrastructures scolaires

La capacité d'accueil et l'état des infrastructures jouent un rôle prépondérant dans l'accroissement des effectifs d'élèves.

Selon les résultats du recensement scolaire 2013-2014, le patrimoine immobilier à usage d'enseignement au niveau primaire dans le Kongo Central compte 17.238 salles de classes dont 86,9% dans un état jugé bon et 56,0% construits en matériaux durables. La province dispose encore d'une grande capacité d'accueil, car le ratio élèves/classe est inférieur à 40.

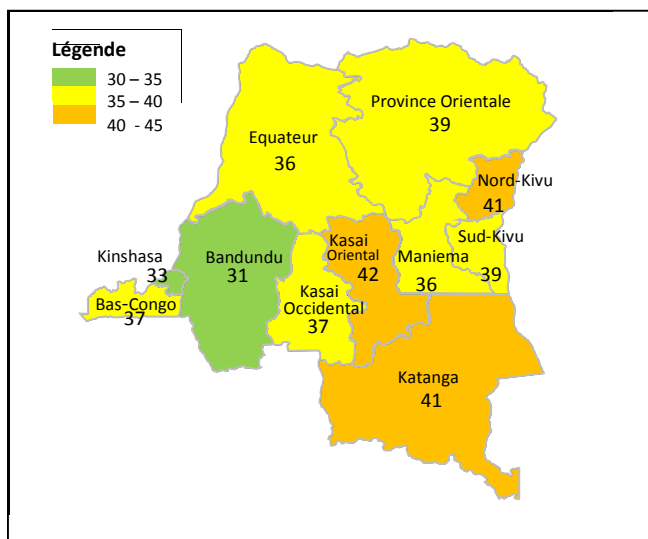
2.2.3. La gestion des ressources éducatives (humaines et matérielles)

Un système de gestion efficace est un système qui alloue de manière optimale ses intrants aux écoles en vue d'une transformation de ces ressources par ces dernières en résultats d'apprentissage. Le RESEN a centré son analyse du système des ressources éducatives sur la gestion des deux intrants majeurs de la gestion éducative qui sont : les enseignants et les manuels scolaires.

L'enseignant : selon le RESEN, un aspect central de la gestion des enseignants est qu'ils soient alloués là où ils devraient l'être et que les enfants bénéficient d'un encadrement pédagogique adéquat ; ceci pour des raisons d'efficience (on optimise les conditions favorisant la transformation des inputs en apprentissage) mais également d'équité (on s'assure que les zones plus difficiles bénéficient d'un niveau d'encadrement adéquat en lien avec les besoins).

Les besoins en enseignants sont identifiés au niveau de l'école, sur la base d'un enseignant par classe au primaire, et 1,4 enseignants par classe au secondaire et une taille moyenne de classe ne devant pas dépasser 55 élèves.

Carte n° 2 : Nombre d'élèves pour un enseignant à l'école primaire par province en RDC (RESEN, 2014)



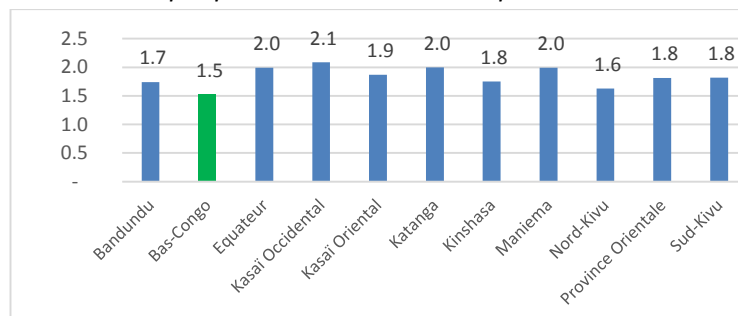
C'est ainsi que l'analyse des ratios élèves-maitre (REM) nous permette d'appréhender le niveau de besoin en enseignants dans les différentes provinces, les données de routine issues du système d'information et de gestion de l'éducation (SIGE) montrent que pour la province du Kongo central le ratio est de 37 élèves pour un enseignant contre une moyenne nationale de 36,8 élèves pour un enseignant au primaire. Bien que le ratio élèves-maitre reste bon, la cohérence dans l'allocation des enseignants au niveau des établissements est faible. Il est important d'assurer que les enseignants sont adéquatement alloués aux écoles, et ce pour des raisons d'efficacité mais également

d'équité. L'analyse se base sur l'hypothèse selon laquelle il existe une relation plus ou moins linéaire entre le nombre d'enseignants et le nombre d'élèves dans une école.

Une analyse au niveau des provinces met en exergue de fortes variations interprovinciales, avec des allocations des enseignants particulièrement aléatoires dans les provinces de Kinshasa, du Kasai Occidental, du Bandundu et de l'Equateur.

Le manuel scolaire : La disponibilité et l'usage des manuels scolaires en classe et à la maison a été démontré comme étant un facteur reconnu sur la qualité de l'apprentissage. D'après le RESEN, 2014, le nombre d'élèves par manuel au Kongo Central est de 1,5.

Graphique 4 : Nombre d'élèves par manuel



Source : RESEN 2014

2.2.4. Niveau d'instruction des parents

Le niveau d'instruction de la population des ménages constitue un déterminant majeur pour l'éducation des enfants. Selon l'EDS 2013-2014 au Kongo central, le niveau d'instruction de la population des ménages est assez élevé. En effet, 41,1% des femmes ont atteint le niveau secondaire incomplet, contre 58,3% des hommes ; 7,4% des femmes ont terminé le niveau secondaire complet, contre 8,1% des hommes ; 1,1% des femmes ont atteint le niveau supérieur, contre 3,2% des hommes.

Tableau 3: Niveau d'instruction de la population des ménages du Kongo central

Répartition (en %) de la population de 15-49 ans, en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint ou achevé et nombre médian d'années complétées, Kongo central 2013-2014

	Femme	Homme
Aucun	9,4	3,7
Primaire incomplet	30,6	16,3
Primaire complet	10,4	10,3
Secondaire incomplet	41,1	58,3
Secondaire complet	7,4	8,1
Supérieur	1,1	3,2
Ne sait pas/ manquant	9,4	3,7
Total	100	100

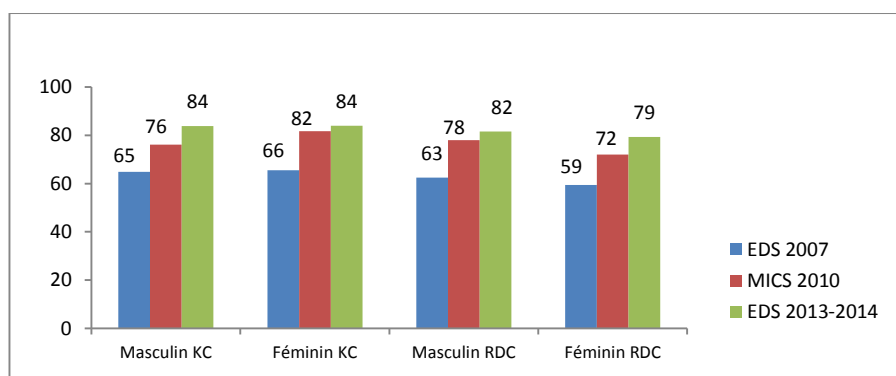
Source : EDS, 2013-2014

Chapitre 3. GENRE

Le genre est un concept qui attire actuellement l'attention humaine car il implique des considérations différentes selon le milieu, les origines et les perceptions des règles et enjeux de la vie. Il ne se limite pas aux seuls aspects de variabilité entre sexes opposés, mais il va au-delà par l'inclusion des facteurs qui favorisent ou défavorisent une vie harmonieuse et équitable entre les femmes et les hommes. Dans chaque ménage, communauté et institution, les normes sexuelles non-dites déterminent la façon dont les décisions sont prises, la façon dont les ressources sont allouées et la façon dont les personnes interagissent entre elles.

OMD 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

Graphique 5 : Taux net de fréquentation des filles à l'école primaire au Kongo central

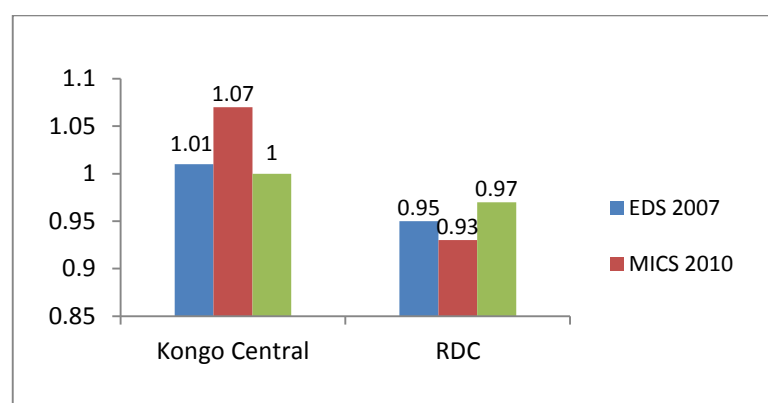


Source : EDS, 2007, MICS, 2010, EDS, 2013-2014

3.1. Les femmes ont-elles accès de plus en plus à l'éducation ?

L'analyse des données des enquêtes EDS 2007 et 2013-2014 montrent qu'il y a une nette amélioration de la fréquentation nette des filles dans le primaire. Cela se confirme lorsque nous comparons les résultats précédents à ceux de l'enquête MICS 2010.

Graphique 6 : Indice de parité entre les sexes au primaire



Source : EDS, 2007, MICS, 2010, EDS, 2013-2014

Par contre, bien que des efforts soient consentis au primaire dans la fréquentation des filles, au niveau secondaire, le taux net de fréquentation des filles demeure encore très faible (39,2%).

En ce qui concerne l'élimination des disparités entre filles et garçons, l'indice de parité montre qu'il n'y a plus des disparités entre les deux sexes au primaire depuis 2007 jusqu'en 2014 ; même si la tendance semble d'avoir beaucoup plus de filles que de garçons au primaire.

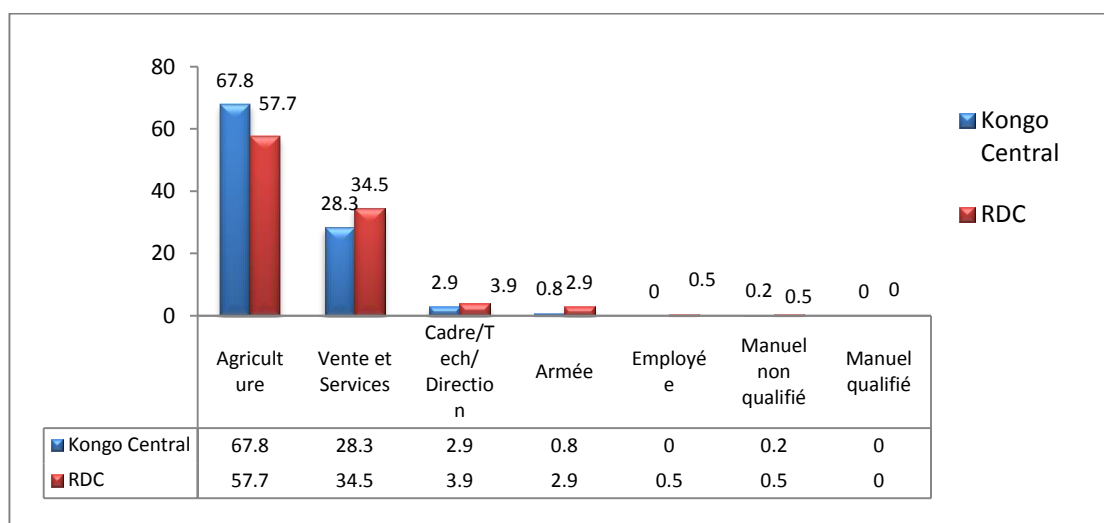
Les résultats de différentes enquêtes montrent que l'indice de parité a évolué de la manière suivante : 1,01 en 2007, 1,07 en 2010 et 1 en 2014. Ceci, sous-entend que l'accès des filles à l'école s'est nettement amélioré, dépassant les moyennes nationales. Cependant, il y a lieu de noter que des disparités importantes existent encore au niveau du secondaire (indice de parité (0,73) et supérieur (indice de parité : 0,2).

Au niveau national près de 19 % des femmes de 15-49 ans n'ont aucun niveau d'instruction par contre dans le Kongo central c'est 9,4 % de femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction. La comparaison avec l'enquête EDS 2007 emmène à penser une nette détérioration de la situation des femmes avec une augmentation de plus de 4 % de la proportion des femmes n'ayant aucun niveau d'instruction. La comparaison Homme/Femme montre également une situation avantageuse pour les hommes avec seulement 3,7 % n'ayant aucun niveau d'instruction. L'on observe des disparités importantes à la fois au niveau primaire que secondaire et elles tendent à augmenter au fur et à mesure que le niveau d'études augmente.

Ainsi, 41,1% des femmes ont atteint le niveau secondaire incomplet, contre 58,3% des hommes ; 7,4% des femmes ont terminé le niveau secondaire complet, contre 8,1% des hommes ; 1,1% des femmes ont atteint le niveau supérieur, contre 3,2% des hommes.

3.2. Les femmes arrivent-elles à générer des revenus stables ?

Graphique 7 : Source des revenus des femmes au Kongo central

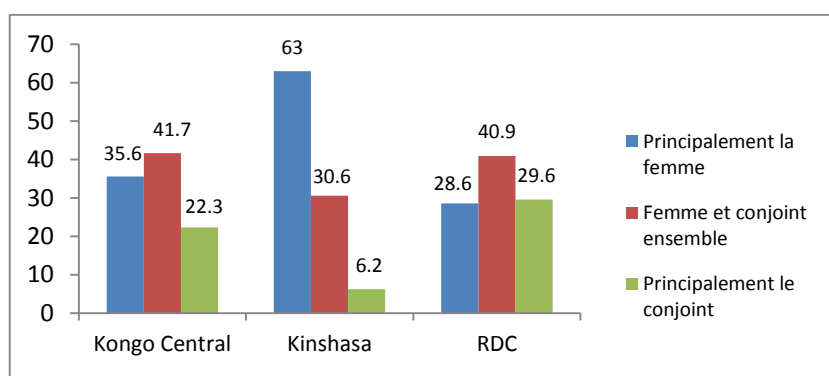


Source : EDS 2013-2014

En 2013-2014, parmi les jeunes femmes (15-49 ans) 77,2 % ont déclarés avoir travaillé au cours des 12 derniers mois au Kongo Central, contre 78,6 % des hommes du même groupe d'âge. Au Kongo Central comme au niveau national, l'emploi féminin se déploie sur 2 principaux types d'occupation, l'agriculture (67,8%), la vente et les services (28,3 %). L'emploi masculin se déploie sur trois types d'occupations : l'agriculture (65,3%), la vente et les services (23,2 %) et cadre ou technicien d'entreprise (7,4 %) contre 2,9 %. De façon globale l'agriculture reste le principal secteur d'occupation des hommes et des femmes au Kongo Central, néanmoins nous constatons une plus grande diversité de secteurs chez les hommes.

3.3. Qui contrôle les revenus de la femme dans le ménage ?

Graphique 8 : Contrôle du revenu de la femme dans le ménage (en %)

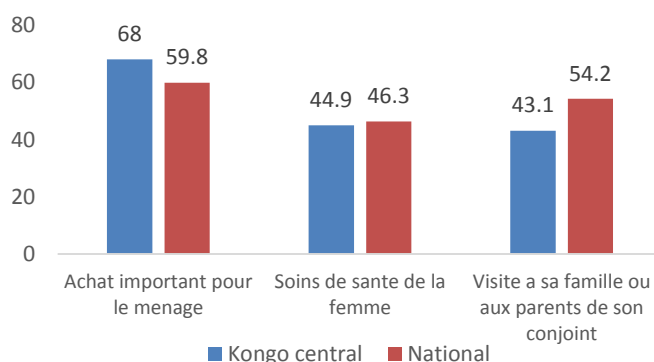


Source : EDS 2013-2014

L'enquête EDS signale que 35,6% de femmes décident elles-mêmes sur l'utilisation de leurs revenus; 41,7% d'entre-elles associent leurs conjoints à la décision alors que 22,3% laissent leur conjoint prendre la décision. Comparativement à la moyenne nationale (28,6%) ces chiffres montrent que le contrôle des femmes du Kongo Central sur leurs revenus est meilleur que le niveau national même s'il reste encore beaucoup à faire.

3.4. Quelles sont les décisions que la femme prend au sein du ménage ?

Graphique 9 : Part de la femme dans la prise des décisions au niveau du ménage



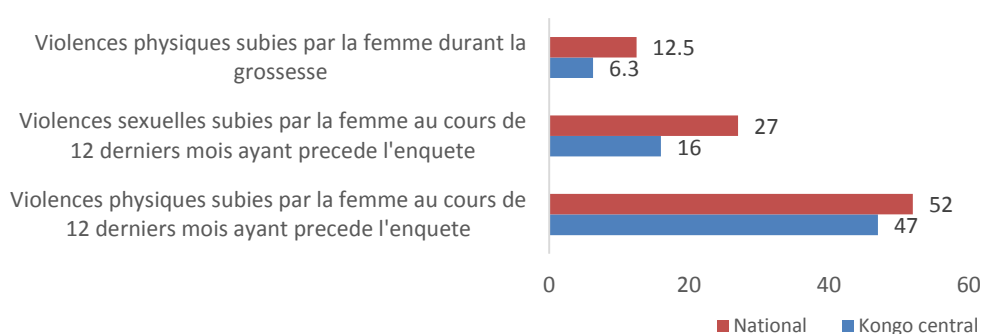
Source : EDS 2013-2014

Au Kongo Central, on note que le rôle et le niveau d'implication des femmes dans la prise de décision au niveau du ménage varie selon le type de décision. En ce qui concerne les achats importants pour le ménage, on note que la femme est la plus impliquée dans la prise de décision (68 %), en rapport avec les visites à la famille ou aux parents de la femme, on constate que dans 43.1% de cas, les décisions sont prises avec une forte implication de la femme alors qu'en ce qui concerne ses soins de santé, elle ne décide qu'à l'ordre de 44.9% des cas.

3.5. Quel type de violence la femme continue à subir ?

L'enquête EDS 2013-2014 présente 3 types de violences conjugales qui sont enregistrés contre la femme, il s'agit de : Violence physique, Violence sexuelle et Violence émotionnelle.

Graphique 10 : Type de violences que la femme continue à subir



Source : EDS 2013-2014

En ce qui concerne les violences physique le Kongo Central enregistre des taux relativement faibles que le niveau national, respectivement 47 % et 52 %.

En ce qui concerne les violences sexuelles, le taux au Kongo Central est de 11 % plus bas que la moyenne nationale, respectivement 16 % et 27 %.

Quant aux violences physiques durant la grossesse, 6,3% des femmes ont été victimes d'actes de violence physique durant leurs grossesses.

3.6. Quel type de violence la femme fait subir à son conjoint ?

Tableau 4: % des femmes non célibataires de 15-49ans ayant exercé des violences contre leurs maris / partenaires.

% de femmes non célibataire de 15-49 ans ayant exercé des violences physiques contre leurs maris/partenaires	
Kongo Central	National
9.9	7.4

Source : EDS, 2013-2014

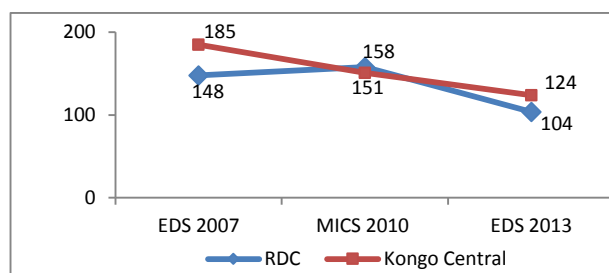
Les femmes de 15-49 ans non célibataires ont exercé à n'importe quel moment ou au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, des violences physiques contre leurs mari/partenaire actuel ou le plus récent alors qu'il ne les avait ni battues ni agressées physiquement.

Chapitre 4. SANTE DE L'ENFANT

OMD 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

4.1. Quel est le niveau de mortalité des enfants de moins de 5 ans ?

Graphique 11 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans



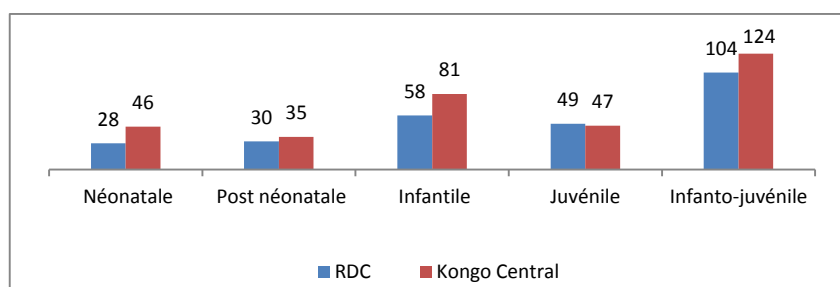
Source : EDS, 2007 ; MICS, 2010 ; EDS, 2013-2014

Au Kongo Central, la probabilité pour qu'un enfant décède avant d'atteindre son cinquième anniversaire a baissé. En effet sur 1000 naissances, en 2007, 185 enfants sont décédés avant d'atteindre leur cinquième anniversaire alors qu'en 2013, il a été enregistré 124 décès d'enfants de cette tranche d'âge. La même tendance est observée au niveau national: 1 enfant sur 10 meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans. La situation reste encore préoccupante dans notre province car elle est placée parmi les provinces à mortalité infanto-juvénile élevée et au-dessus de la moyenne nationale.

4.2. Mortalité différentielle et groupes à haut risque

L'enquête EDS a calculé cinq indicateurs de mortalité de l'enfant, il s'agit du quotient de **mortalité infantile**, qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire, du quotient de **mortalité juvénile** qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire et du quotient de **mortalité infanto-juvénile** qui mesure, globalement, la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire. Par ailleurs, on a également estimé les composantes de la mortalité infantile, à savoir la **mortalité néonatale**, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance, et la **mortalité post-néonatale**, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois. Chacun de ces quotients a été calculé pour trois périodes quinquennales précédant l'enquête.

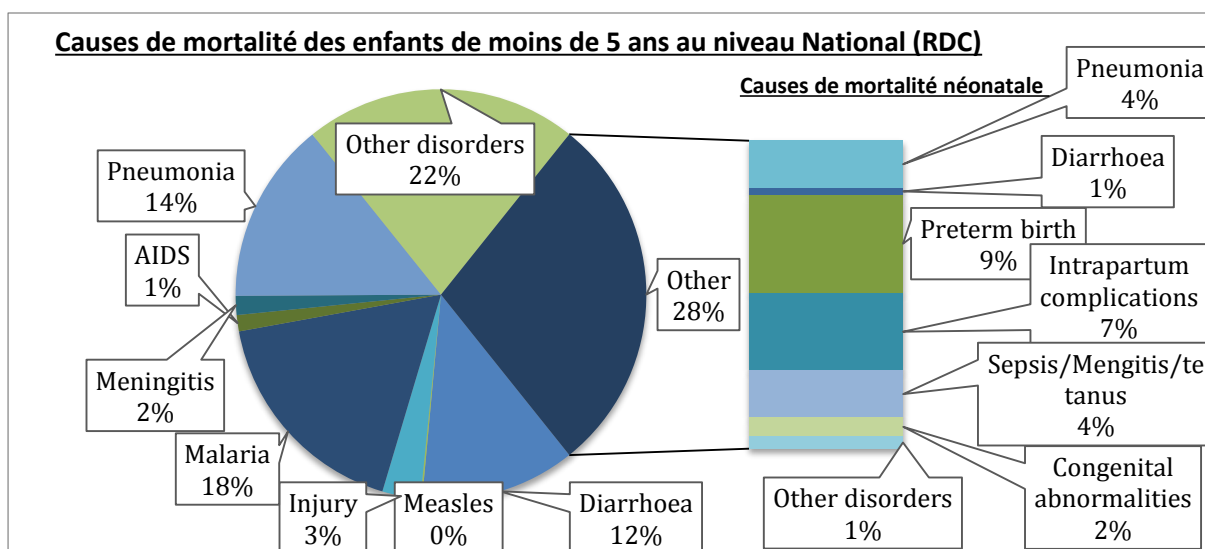
Graphique 12 : Mortalité différentielle et groupe à haut risque



Le niveau de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans la Province du Kongo central n'est pas des plus faibles de la RDC. L'EDS 2013-2014 souligne que les niveaux de mortalité diminuent nettement avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère et cela, quelle que soit la composante de mortalité considérée.

4.3. Quels sont les principales maladies causes de cette mortalité infanto-juvénile ?

Graphique 13 : Causes de mortalité d'enfants de moins de 5 ans au niveau national

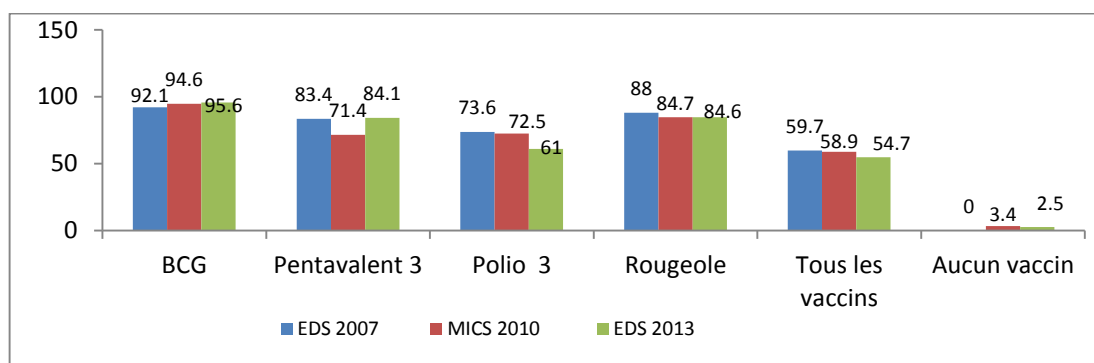


Source: Lancet, 2012

4.4. Vaccination des enfants

En 2013, au Kongo Central, environ 55% des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins recommandés et environ 3% n'ont reçu aucun vaccin. Est considéré comme étant complètement vacciné, tout enfant qui a reçu le BCG, trois doses de pentavalent, trois doses de vaccin contre la poliomyélite et une dose contre la rougeole.

Graphique 14 : Vaccination des enfants de 12-23 mois



Source : EDS, 2007 ; EDS, 2010 ; EDS 2013-2014

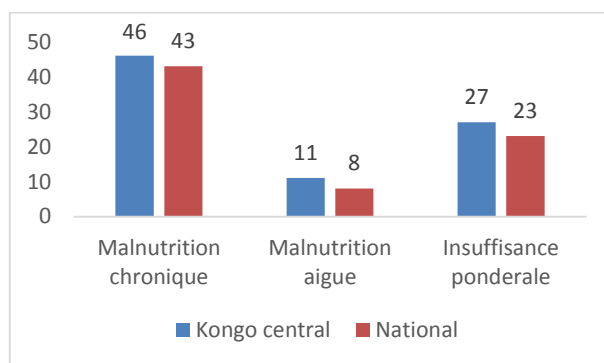
Les résultats de l'EDS 2013-2014, montrent que, 95.6% des enfants de 12-23 mois au Kongo Central ont reçu le vaccin du BCG, 84.1% ont reçu les trois doses de pentavalent, 61% ont reçu trois doses de vaccin contre la poliomyélite et 84.6% ont été vaccinés contre la rougeole.

4.5. Nutrition

L'état nutritionnel des enfants est mesuré par le pourcentage des enfants de moins de 5 ans considérés comme atteints de malnutrition selon trois indices anthropométriques : taille en fonction de l'âge, poids en fonction de la taille et poids en fonction de l'âge.

Selon le graphique ci-joints, au Kongo central, parmi les enfants de moins de 5 ans, 46% ont une taille trop petite par rapport à leur âge et accusent donc un retard de croissance ou souffrent de malnutrition chronique. Il ressort que 11% d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'une malnutrition aiguë ou ils sont trop maigres pour leurs tailles et 27% des enfants de moins de 5 ans présentent une insuffisance pondérale ou ils sont trop maigres par rapport à leurs âges.

Graphique 15 : Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans

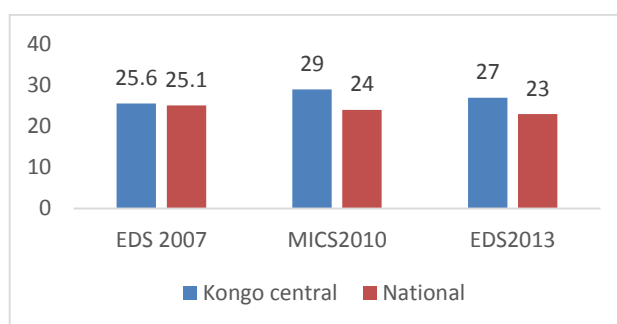


Source : EDS 2013-2014

4.5.1. Evolution de l'insuffisance pondérale

L'insuffisance pondérale augmente le risque de maladies diverses parmi lesquelles on peut citer plusieurs infections mais peut également être le symptôme de certaines d'entre elles. La Province du Kongo central est parmi les 3 provinces dont le niveau de prévalence (27%) est le plus élevé derrière le Maniema (32%) et le Kasai occidental (31%) selon l'EDS 2013-2014.

Graphique 16: Evolution de l'insuffisance pondérale



Source : EDS, 2007 ; EDS, 2010 ; EDS 2013-2014

4.5.2. Allaitement et alimentation de complément

Tableau 5 : Durée médiane de l'allaitement

Durée médiane de l'allaitement Durée médiane (en mois) de l'allaitement parmi les enfants nés au cours des trois dernières années			
	Allaitement	Allaitement exclusif	Allaitement prédominant
Kongo Central	20.7	ND	3.1
National	21.8	2.2	4.6

Source : EDS 2013-2014

Les pratiques d'alimentation constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui, à son tour, affecte la morbidité et la mortalité de ces enfants. Parmi ces pratiques, celles concernant l'allaitement revêtent une importance particulière.

L'allaitement exclusif les 6 premiers mois est recommandée car elle évite d'exposer les enfants aux agents pathogènes et ainsi diminue le risque de contracter des maladies infectieuses, en particulier la diarrhée.

Au cours des trois dernières années ayant précédé l'enquête EDS 2013-2014, la moitié des enfants de moins de 6 mois du Kongo central, nés durant cette période ont été allaités pendant une période estimée à 20,7 mois.

En ce qui concerne l'allaitement maternel exclusif, la durée médiane pour cette intervention n'a pas été calculée à cause du nombre insuffisant des enfants ayant bénéficié de l'intervention. Pour l'allaitement prédominant qui comprend les enfants exclusivement allaités, ou ceux qui reçoivent, en plus du lait maternel, de l'eau seulement et/ou des liquides non lactés seulement, la durée médiane est de 3,1 mois.

4.6. Quelle est la prévalence des principales causes de mortalité et les interventions liées ?

De manière générale, la mortalité chez les enfants en RDC est imputable aux affections qui sont évitables par des mesures simples et peu coûteuses de prévention ou de traitement.

La fièvre/paludisme, les infections respiratoires aiguës, la diarrhée et les affections néonatales représentent 77% des causes de décès chez les moins de 5 ans. La malnutrition est associée à environ 50 % de ces causes

Au niveau national, la mortalité néonatale représente 25% de la mortalité infanto-juvénile. Au Kongo Central sur 1000 naissances, on enregistre 46 cas de décès néonatal dont les causes sont les anomalies congénitales, la prématurité, la détresse respiratoire et le sepsis. La prévention de cette mortalité nécessite les interventions tels que l'assistance à l'accouchement et les soins prénatals et postnatals par du personnel de santé qualifié.

La **mortalité néonatale** est l'ensemble des enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28^e jour de vie. On distingue la « mortalité néonatale précoce », pour les décès durant la première semaine, de la « mortalité néonatale tardive », pour ceux des trois semaines suivantes.

Le **poids de l'enfant à la naissance** est un déterminant important de l'état de santé du nouveau-né ainsi que du niveau de la mortalité des enfants. Un nouveau-né qui pèse moins de 2,5 kg à la naissance court plus de risques de mourir dans la première enfance ou de présenter des séquelles psychomotrices plus tard que les enfants dont le poids à la naissance est normal.

Le suivi des femmes enceintes au cours des consultations prénatales permet de prévenir les risques de mortalité du nouveau-né ainsi que de la mère.

4.6.1. La mortalité néonatale (Cause 28.5 % de la mortalité infanto-juvénile)

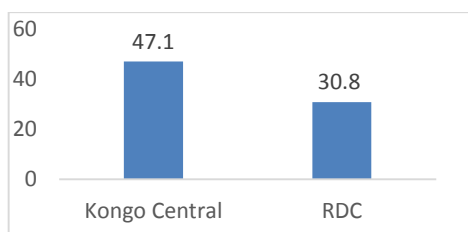
La catégorie la plus consultée par les femmes enceintes pour leur CPN sont les infirmiers ou infirmières (77%) suivi des médecins (14%). Cela signifie que 91% des femmes enceintes consultent le personnel qualifié.

L'enquête EDS montre que 9,2 % d'enfants pesant moins de 2,5 kg sont nés au Kongo Central pendant l'année précédant l'enquête.

4.6.2. Paludisme (Cause 17.5 % de la mortalité infanto-juvénile)

47,1 % des enfants de moins de 5 ans ont été dépistés positifs au paludisme pendant l'enquête au Kongo Central.

Graphique 17 : Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans au Kongo central

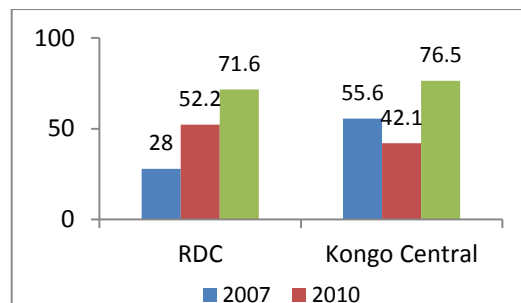


La **grande stratégie** adoptée par le **PNLP** pour **lutter** contre les vecteurs du **paludisme** en attendant que le pays dispose des moyens conséquents pour entamer les grands travaux de voirie et d'aménagement de l'habitat partout en RDC, consiste en l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action.

4.6.2.1. Prévention du paludisme

L'EDS 2013-2014 montre qu'au Kongo Central environ 23% des ménages ne possèdent pas une moustiquaire (imprégnée ou non). Ces données montrent une légère augmentation du nombre de ménages possédant de moustiquaire par rapport aux données EDS 2007 (55,6%). Dans la quasi-totalité des cas, la MII est une MIILDA (68%) et 51 % de la population des ménages ont accès à une MII au Kongo Central.

Graphique 18 : Disponibilité des moustiquaires dans les ménages

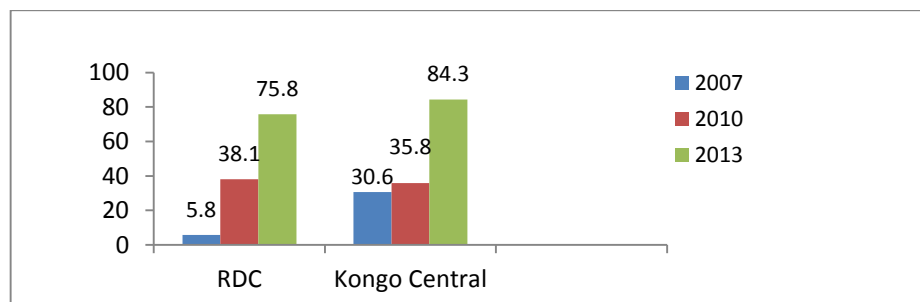


Source : EDS, 2007 ; EDS, 2010 ; EDS 2013-2014

4.6.2.2. Utilisation des moustiquaires

Au Kongo Central, environ 16% d'enfants de moins de 5 ans, n'auraient pas dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Le taux d'utilisation des MII par les enfants a nettement augmenté, passant de 31% en 2007 à 84 % en 2013-2014.

Graphique 19 : Utilisation des moustiquaires par les enfants



Source : EDS 2013-2014

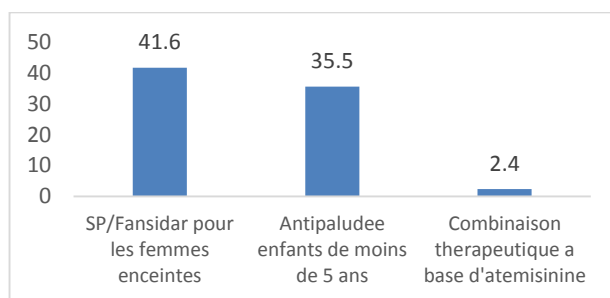
Environ 84% des femmes enceintes de 15-49 ans ont dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête. Dans l'ensemble l'utilisation des moustiquaires est en croissance au sein de la population congolaise et du Kongo Central.

Il est recommandé que les femmes enceintes prennent 2 doses de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) /Fansidar comme traitement préventif contre le paludisme.

4.6.2.3. *Traitement du paludisme*

Les résultats montrent que dans la Province du Kongo Central, un peu moins de la moitié des femmes enceintes (41.6%) ayant eu une naissance vivante au cours deux années précédant l'enquête ont reçu la SP/Fansidar au cours des consultations prénatales et seulement 25.6% ont reçu deux doses ou plus.

Graphique 20 : Traitement du paludisme



Source : EDS 2013-2014

Parmi les enfants de moins de cinq ans qui avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, près de trois sur dix (35,5 %) ont été traités avec des antipaludéens, mais 2,4% seulement avec une combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA).

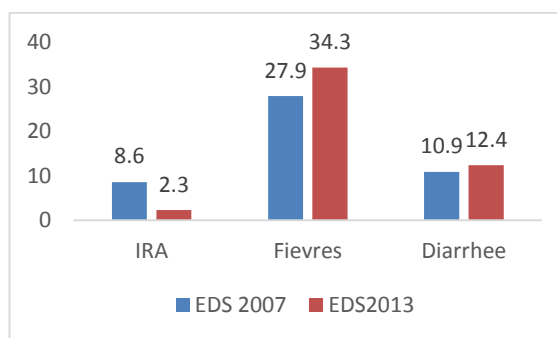
Un enfant sur 5 (47 %) a été testé positif au Test de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme et environ un enfant sur 4 (24 %) à la goutte épaisse.

4.6.3. **Maladies des enfants (IRA, Fièvre, Diarrhée – Cause de plus 17.5 % de la mortalité infanto-juvénile).**

La tendance des différentes maladies tueuses de l'enfant est à la baisse entre 2007 et 2014, sauf pour les diarrhées qui sont à la hausse.

Parmi les enfants de moins de cinq ans de Kongo Central, 2,3 % ont présenté des symptômes d'Infection Respiratoire Aiguë IRA, 34,3% ont eu de la fièvre et 12,4% ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Le traitement de ces différentes maladies dans la province reste encore un grand défi.

Graphique 21 : Proportion des enfants de moins de 5 ans présentant de symptômes de maladie



Source : EDS, 2007 ; EDS 2013-2014

*Pour les cas de Diarrhée, seulement 47,1 % des cas ont recherché un traitement auprès d'un établissement de santé, 28,8 % ont reçu de l'automédication à la maison et 7,4 % n'ont reçu aucun traitement.

*Pour les cas de Fièvre, la proportion des enfants pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé n'est pas renseignée.

* Pour les cas des IRA, la proportion n'est pas rapportée par EDS pour le Kongo Central suite au nombre de cas insuffisant pour arriver à tirer des conclusions.

Chapitre 5. SANTE DE LA MERE

OMD 5 : Améliorer la santé maternelle

Le terme « **mortalité maternelle** » utilisé dans ce chapitre (et dans l'EDS), correspond à la notion de « mortalité liée à la grossesse » telle que définie dans la dernière Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Selon la CIM-10, un décès lié à la grossesse est défini comme étant le décès d'une femme pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse,

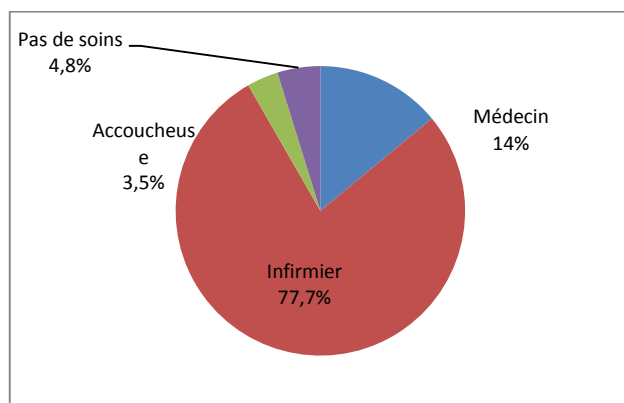
5.1. Quelle est le niveau de mortalité maternelle en RDC ?

- Le rapport de mortalité maternelle est estimé à 846 décès pour 100 000 naissances vivantes pour les sept années précédant l'EDS-RDC II.
- Selon EDS-RDC II, les femmes courent un risque de 1 sur 18 de décéder de cause maternelle pendant les âges de procréation.
- Selon EDS-RDC II, les décès maternels représentent 35 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans.
- Les données de la mortalité maternelle ne peuvent pas être désagrégées au niveau provincial ;

L'amélioration de la santé maternelle par la diminution des risques à l'accouchement et la mise en place de programmes visant à développer chez les adolescents et les jeunes des comportements, des attitudes et des pratiques favorables à une sexualité responsable et au bien-être constituent l'un des objectifs du Ministère de la Santé Publique.

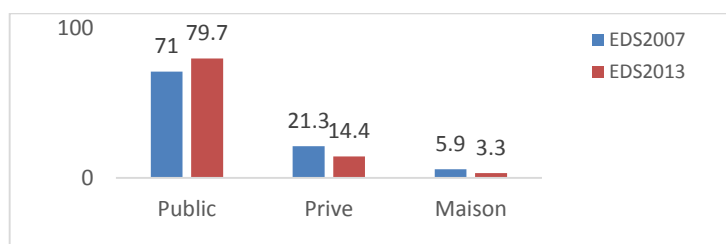
5.2. Soins prénatals, accouchement, soins postnatals

Graphique 22 : Soins prénataux par prestataire.



Source : EDS 2013-2014

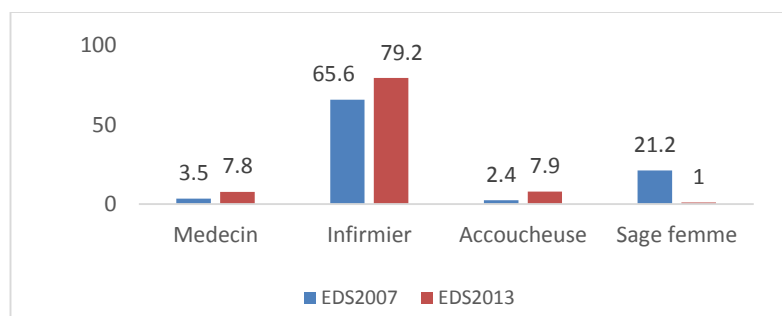
Graphique 23 : Pourcentage de naissances vivantes survenues suivant le lieu d'accouchement



Source : EDS, 2007 ; MICS, 2010 ; EDS, 2013-2014

Neuf naissances vivantes sur dix (94.1%) dans le Kongo Central se sont déroulées dans un établissement de santé, principalement dans le secteur public (79,7% contre 14,4% dans le secteur privé). Seulement 3% des accouchements ont eu lieu à domicile.

Graphique 24 : Répartition en % de naissances vivantes par type d'assistance



Pour la même proportion de naissances, l'accouchement a été assisté par du personnel formé.

5.3. Quelles sont les causes de ces décès liés à la grossesse ?

Les informations disponibles montrent de façon non explicite que les principales causes de la mortalité maternelle sont liées à :

1°. la fécondité :

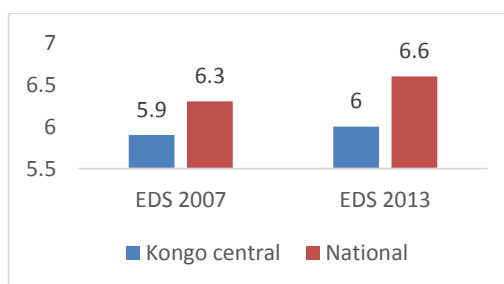
- a. les grossesses trop précoces,
- b. les grossesses trop tardives,
- c. les grossesses trop rapprochées
- d. les grossesses trop nombreuses

2°. aux soins apportés à la mère avant, pendant et après l'accouchement

5.3.1. Niveau de fécondité

Une femme a en moyenne 6 enfants à la fin de sa vie féconde au Kongo central ;

Graphique 25 : Indice synthétique de fécondité



Source : EDS, 2007 ; EDS 2013-2014

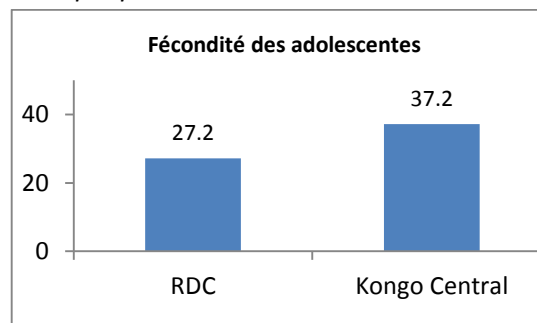
En comparaison avec EDS-2007, le niveau de la fécondité a légèrement augmenté dans le Kongo central, passant de 5.9 à 6 enfants en 2013-2014.

5.3.2. Intervalle inter génétique

L'intervalle de temps qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur l'état de santé de la mère et sur celui de l'enfant. Les intervalles inter génétique inférieurs à 24 mois sont nuisibles à la santé et à l'état nutritionnel des enfants ce qui augmente leur risque de décéder. Avec le graphique nous observons que le plus grand nombre de naissance surviennent après 24 et 35 mois de la précédente.

5.3.3. Fécondité des adolescentes

Graphique 26: Fécondité des adolescentes



Source : EDS 2013-2014

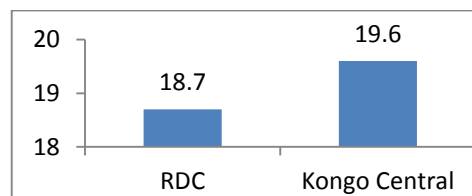
Les adolescentes constituent un groupe à risque parce que la fécondité précoce a souvent des effets négatifs sur la santé des enfants et des mères. Au Kongo Central 37,2% d'adolescentes mènent une vie procréative.

5.3.4. Age à la première naissance

L'âge médian à la première naissance au Kongo central est de 19.9 ans chez les femmes âgées de 25-49 ans.

5.3.5. Age à la première union

Graphique 27 : Age médian à la première union des femmes de 25-49 ans



Source : EDS 2013-2014

L'âge médian à la première union des femmes de 25-49 ans au Kongo central est de 19.6 ans.

5.3.6. Age aux premiers rapports sexuels

L'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 20-49 ans est de 16.7 ans.

5.4. Quelles est le besoin en matière de planification familiale et les moyens en place ?

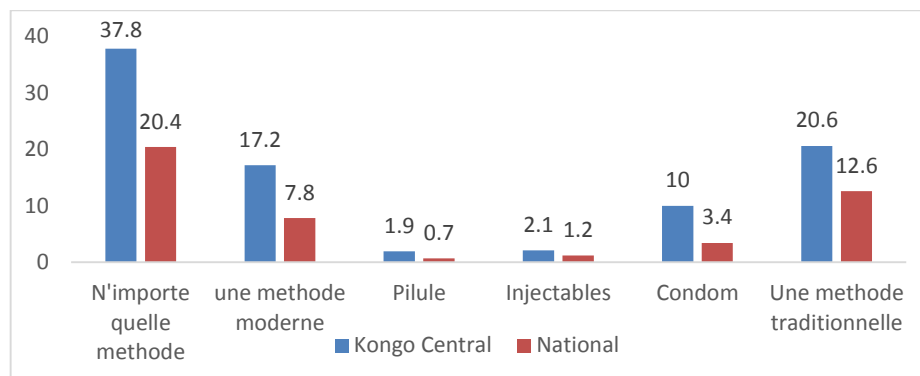
5.4.1. Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Au Kongo central, la proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est estimée à 28 % dont la grande majorité aurait davantage besoin d'utiliser la contraception pour espacer (21.4%) que pour limiter (6.3%) les naissances.

5.4.2. Utilisation actuelle de la contraception

Au Kongo central, 37,8 % des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive quelconque et 19% utilisaient une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête. Le condom masculin est la méthode moderne la plus utilisée (7 %).

Graphique 28 : Femmes 15-49 ans actuellement en union utilisant une méthode contraceptive (%)



Source : EDS 2013-2014

5.4.3. Nombre idéal d'enfants

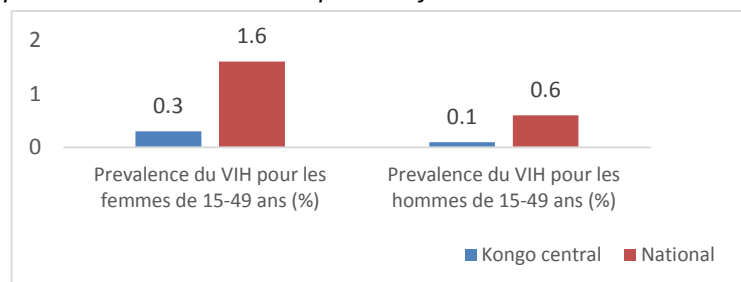
Le nombre idéal moyen d'enfants pour les femmes de 15-49 ans au Kongo central est de 5.

Chapitre 6. VIH - SIDA

OMD 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

6.1. Combien de personnes sont-elles infectées par le VIH au Kongo Central ?

Graphique 29 : Prévalence du VIH pour les femmes et les hommes de 15-49 ans



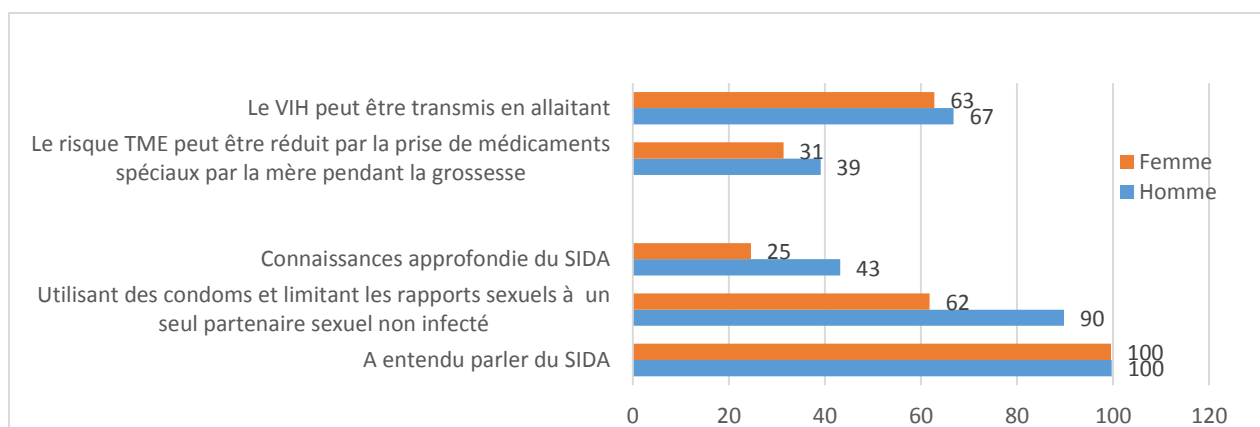
Source : EDS 2013-2014

L'enquête EDS, montre que le Kongo central le virus du Sida infecte aujourd'hui 0,3 % de femmes et 0,1 % d'hommes.

6.2. La population du Kongo Central connaît-elle le VIH/SIDA et les attitudes / comportements pour prévenir les risques d'exposition ?

Au Kongo Central la quasi-totalité des femmes (99,6 %) et des hommes (99,7 %) de 15-49 ans ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida. Six femmes sur dix (61,8%) et environ neuf hommes sur dix (89,8%) savent qu'utiliser des condoms et limiter les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté peuvent réduire les risques de contracter le virus du sida.

Graphique 30 : Connaissances du sida, des moyens de prévention et de transmission du VIH de la mère à l'enfant chez les personnes âgées de 15-49 ans en (%).



Source : EDS 2013-2014

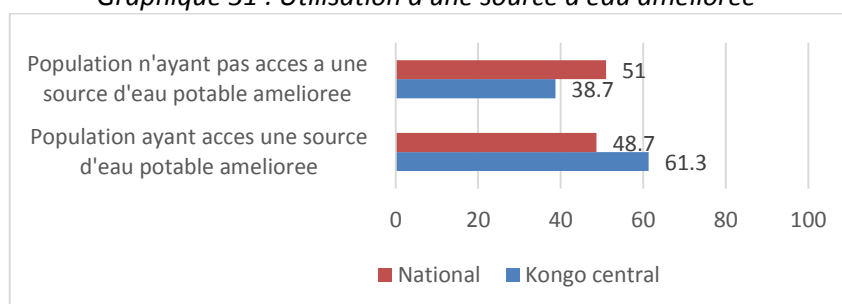
Plus de la moitié de femmes (62,8 %) et d'hommes (66,8 %) au Kongo central, savent que le virus du sida peut être transmis de la mère à l'enfant au moment de l'allaitement. Cependant, moins de la moitié de femmes (31,4%) et d'hommes (39,1%) seulement savent que le risque de transmission materno-fœtale peut être réduit par la prise de médicaments par la mère pendant la grossesse.

Chapitre 7. Eau, Hygiène et assainissement

OMD 7 : Assurer un environnement durable

Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base.

Graphique 31 : Utilisation d'une source d'eau améliorée*



Source : EDS 2013-2014

* Pour le Kongo Central, il s'agit de la proportion des ménages qui utilisent une source d'eau améliorée.

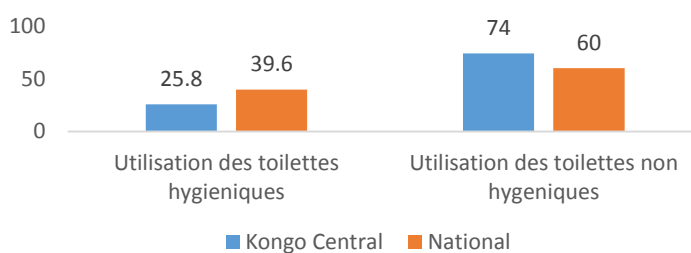
7.1. Quel est la proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée ?

Dans la Province du Kongo Central, 61,3 % de ménages utilisent une source d'eau de boisson dite améliorée ; néanmoins 38,7% déclarent que celle-ci se trouve dans leurs parcelles ce qui signifie que la moitié des ménages dans le Kongo central n'ont pas un accès direct à l'eau.

7.2. Quel est la proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées ?

Au Kongo Central 25,8 % seulement des ménages ont déclaré disposer de toilettes dites améliorées dont 13,8 % avec des toilettes partagées. Ainsi, l'accès à l'hygiène et à l'assainissement est encore très bas au Kongo Central, constituant ainsi un frein à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement dans le secteur et un gros risque de morbidité.

Graphique 32: Utilisation des toilettes améliorées



Source : EDS 2013-2014

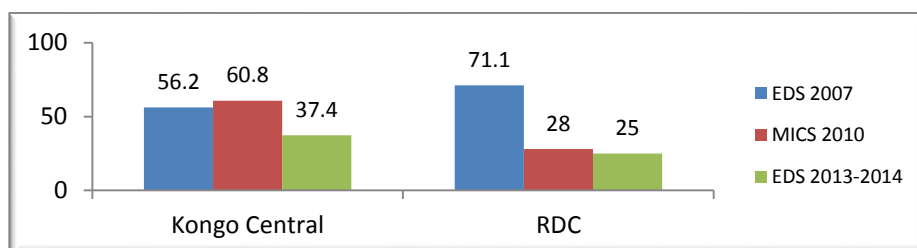
L'assainissement demeure et reste un important problème en RDC et en particulier au Kongo central et tant que le pays ne disposera pas de moyens conséquents et adéquats pour entamer les grands travaux de voirie et d'aménagement de l'habitat partout en RDC, l'assainissement demeurera un problème de santé publique.

Chapitre 8. Situation des enfants

L'enregistrement de la naissance d'un enfant à l'état civil le rend légalement membre d'une famille et d'une nation, lui confère une nationalité ainsi que le droit d'être protégé par l'État quand la protection parentale fait défaut et de bénéficier des avantages sociaux quand ils existent.

8.1. Enregistrement des naissances d'enfants de moins de 5 ans à l'Etat civil

Graphique 34 : Enregistrement des enfants de moins de 5 ans à l'Etat Civil



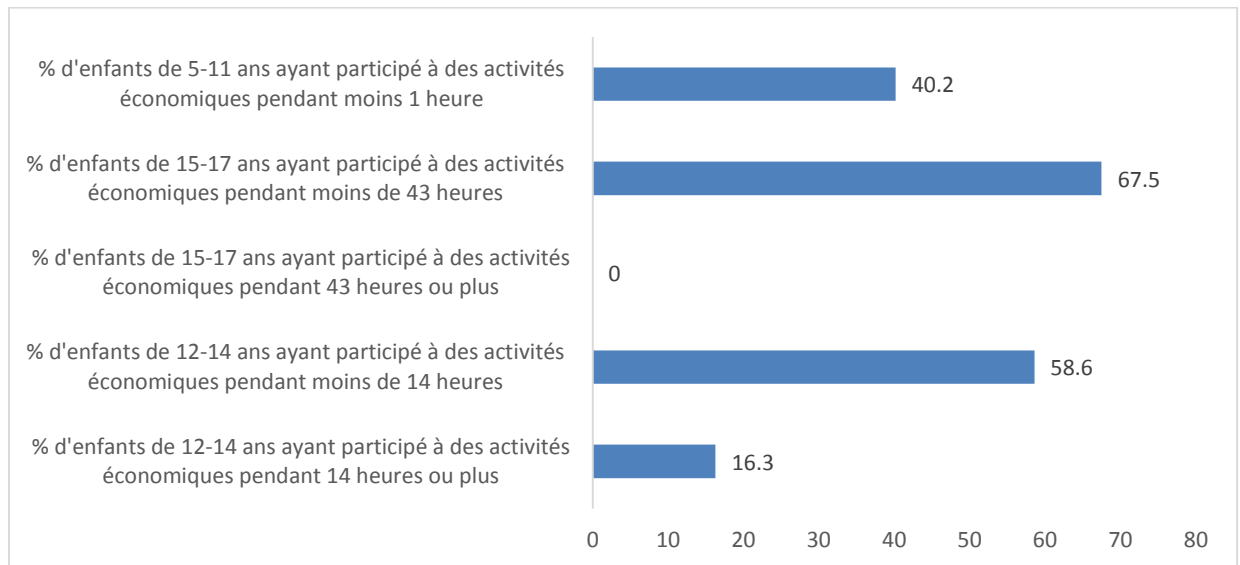
Source : EDS 2013-2014

Selon EDS 2013-2014, 25% d'enfants de moins de 5 ans ont été enregistrés à l'état civil pour l'ensemble du pays, tandis que ce taux est de 37.4% pour le Kongo Central.

8.2. Combien sont les enfants qui participent à des travaux économiques et domestiques ?

L'enquête EDS a analysé le travail des enfants de 5-17 ans par leur participation à des activités économiques au cours de la semaine ayant précédé l'enquête.

Graphique 35 : Proportion d'enfants par tranche d'âge ayant participé à un travail la semaine ayant précédé l'enquête



Source : EDS 2013-2014

Dans l'ensemble, suivant le graphique ci-dessus, les enfants commencent à participer aux activités économiques dès l'âge de 5 ans (40.2%). Au fur et à mesure qu'ils grandissent, le temps au travail augmente.

Conclusion

A travers ce profil, des évidences analytiques ont été présentées en rapport avec les domaines suivants : (i) la pauvreté et les emplois en donnant le profil des pauvres, leurs milieux de résidence, les causes de la pauvreté, le niveau et les secteurs de dépenses des ménages, le niveau d'emploi par secteur et le niveau de chômage dans la province ; (ii) le progrès accomplis dans les secteurs revus dont l'éducation et les efforts qui restent à fournir pour atteindre les résultats; (iii) le Genre en expliquant comment les femmes accèdent à l'éducation, au revenu stable, au contrôle du revenu du ménage, comment elles participent aux décisions du ménage et les types de violences dont les femmes sont victimes ; (iv) le niveau de mortalité infanto-juvénile et les causes des principales maladies tueuses de l'enfant ; (v) le niveau de mortalité maternelle , les causes de décès liées à la grossesse, les risques liés à la fécondité , aux soins avant, pendant et après l'accouchement et le besoin en matière de planification familiale ; (vi) la prévalence du VIH SIDA et le niveau de connaissance de la population en matière de prévention contre l'exposition au VIH ; (vii) la proportion de la population utilisant une source d'eau potable, des infrastructures d'assainissement améliorées ; (viii) le niveau d'enregistrement des naissances des enfants de moins de 5 ans et sur le travail des enfants dans la province du Kongo Central

En vertu de quelques progrès enregistrés dans l'éducation de base et la promotion de la femme, il reste des défis majeurs à relever dans les ODD (Objectifs pour le Développement Durable) en vue d'améliorer la situation de la population du Kongo Central.

Ainsi nous formulons les recommandations suivantes :

- Prioriser les secteurs sociaux lors de l'affectation des ressources budgétaires notamment par l'augmentation des allocations et surtout par une l'exécution maximale de ces dernières.
- Renforcer les mécanismes de suivi du document de stratégie de croissance et de la réduction de la pauvreté pour lutter contre les inégalités sociales et la pauvreté des enfants.
- Renforcer la mise en œuvre des politiques sociales en rapport avec les objectifs de développement durables (ODD) pour améliorer la situation de la population du Kongo Central en général et celle des enfants et des femmes en particulier.

Nous recommandons aux autorités provinciales (Gouvernement et Assemblée), Organisations de la société civile, Agences de développement, Universités, Centres de recherche ainsi que d'autres Partenaires de Développement d'utiliser les évidences que nous apporte aujourd'hui le présent profil afin d'assurer la prise en compte des besoins de la population du Kongo Central dans la planification et la programmation de son développement social.

ANNEXE: PRINCIPAUX INDICATEURS PAR SECTEUR (EDS 2013-2014)

Fécondité	RDC	Kongo Central
Indice synthétique de fécondité	6,6	6,0
Femmes de 15-19 ans qui sont déjà mères ou enceintes (%)	27	37
Age médian aux premiers rapports sexuels : femmes 20-49 ans	16,8	16,7
Age médian à la première union : femmes 25-49 ans	18,7	19,6
Age médian à la première naissance : femmes 25-49 ans	19,9	19,9
Planification familiale (femmes en union de 15-49 ans)		
Utilisant une méthode (%)	20	38
Utilisant une méthode moderne (%)	8	17
Ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale ²	28	28
Santé de la mère et de l'enfant		
Santé de la mère		
Ayant reçu des soins prénatals auprès d'un professionnel de la santé formé ³ (%)	88	95
Accouchements effectués dans un établissement de santé (%)	80	94
Accouchements effectués avec l'assistance d'un professionnel de la santé formé (%)	80	95
Santé de l'enfant		
Enfants de 12-23 mois qui ont reçu tous les vaccins ⁴ (%)	45	55
Nutrition		
Enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance (%)	43	46
Enfants de moins de 5 ans émaciés (%)	8	11
Enfants de moins de 5 ans accusant une insuffisance pondérale (%)	23	27
Enfants de 6-59 mois anémiés (%)	60	69
Femmes de 15-49 ans anémiées (%)	38	55
Hommes de 15-49 ans anémiés (%)	23	34
Paludisme		
Ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) (%)	70	76
Enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête (%)	56	68
Femmes enceintes ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête (%)	60	66
Enfants de 6-59 mois ayant été testés positifs pour le paludisme selon la goutte épaisse (%)	23	24
Mortalité des enfants (décès pour 1.000 naissances)⁵		
Mortalité Infantile	58	81
Mortalité infanto-juvénile	104	124
VIH/Sida		
Connaissance des moyens de prévention du VIH (femmes et hommes de 15-49 ans)		
Utilisation des condoms et limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel non infecté (femmes/hommes) (%)	51/67	62/90
Prévalence du VIH pour les femmes de 15-49 ans (%)	1,6	0,3
Prévalence du VIH pour les hommes de 15-49 ans (%)	0,6	0,1
Violence Domestique		
Femmes de 15-49 ans ayant subi des violences physiques à un moment quelconque de leur vie depuis l'âge de 15 ans (%)	52	47
Femmes de 15-49 ans ayant subi des violences sexuelles à un moment quelconque (%)	27	16

² Les femmes en union non utilisatrices de méthode contraceptive qui ont déclaré ne plus avoir d'enfants (elles désirent limiter leurs naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance (elles souhaitent espacer leurs naissances) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (PF).

³ Les médecins, les infirmières/infirmiers ou les accoucheuses sont considérés ici comme des prestataires formés.

⁴ BCG, rougeole, les trois doses de Penta et les trois doses de polio (non-compris la dose de polio donnée à la naissance).

⁵ Pour les 10 ans avant l'enquête, sauf le taux national, en italique, qui correspond aux 5 années avant l'enquête

Personnel ayant contribué à l'élaboration du Profil du Kongo Central

NOM & POST-NOMS	STRUCTURE	FONCTION
I. CADRES ET AGENTS DE L'INS KONGO CENTRAL		
Anaclet Richard BONDO MUKISH	INS	Directeur Provincial
KADIALUAKULUKO KIASAMUNA	INS	Chef de Bureau
Denis BONDO KAYEMBE	INS	Chef de Bureau
Jacquemain MUANDA MPANGA	INS	Chef de Bureau
Jean Marie DIYAVANGA KALUNGA	INS	Secrétaire
II. EXPERTS DES PROGRAMMES SECTORIELS		
MAVUNGU FILI	DIVISION DU PLAN	Chef de Division
Benjamin MUTI BOLOKO	DIVISION DU PLAN	Chef de Bureau
Liliane PAMBU PUATI	DPS/KONGO CENTRAL	ANALYSTE CHARGE DE L'INFORMATION SANITAIRE
Joseph MAKANZU NSAKALA	DIVISION PROVINCIALE EPS-INC/ KONGO CENTRAL 1	Chef d'Antenne Planification
STAFF DE L'UNICEF		
Jonas FIKIRI	UNICEF/MATADI	PME OFFICER
Bienvenu NTUMBA	UNICEF/MATADI	PROGRAM ASSISTANT
Astrid NSUKA	UNICEF/MATADI	C4D OFFICER